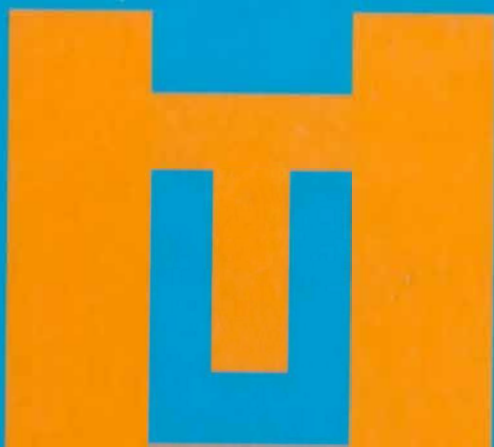


IRINA HOLDEVICI

HIPNOZA CLINICĂ



**Hipnoza accesează
resursele din
inconștientul nostru**

Holdevici, Irina (2009), *Hipnoza Clinică*,
București: Ed. Trei

Cuprins

i

i

I	Hipnoza — de la magie la psihoterapia modernă	11
1.	Definire și caracteristici specifice fenomenului hipnotic	15
2.	Teorii explicative ale hipnozei	35
3.	Fenomene ce pot fi induse în cursul hipnozei	44
II	Inducția hipnotică.....	53
1.	Indicații pentru realizarea unei comunicări hipnotice eficiente	53
2.	Selecția, evaluarea și pregătirea clienților pentru hipnoză și testarea gradului de hipnotizabilitate	59
3.	Derularea unei ședințe de hipnoză	94
4.	Sugestiile de întărire a Eului	99
III	Hipnoterapia — psihoterapia prin intermediul relaxării	106
1.	Hipnoza — strategie terapeutică sau psihoterapie de sine stătătoare?	106
2.	Prevenirea și controlul efectelor negative ale hipnoterapiei	112
3.	Particularitățile unei ședințe de hipnoză.....	126
IV	Hipnoza permisivă	143
1.	Hipnoza de orientare ericksoniană	146
2.	Tipuri de sugestii terapeutice	149

Autohipnoza.....	243
1. Construirea autosugestiilor	244
2. Tehnica vizualizării	247
3. Gândirea pozitivă	249
4. Autohipnoza și rezolvarea problemelor.....	259
5. Program pentru reducerea anxietății în cazul unor afecțiuni somatice grave	277
6. Program pentru abandonarea consumului excesiv de alcool.....	279
VI Hipnoanaliza	281
1. Strategiile hipnoanalizei	281
2. Caracterizarea generală și metodele hipnoanalizei	285
3. Tehnici de reevaluare și soluționare de probleme.....	300
VII Hipnoza în terapia comportamentală și cognitivă	306
1. Tehnici comportamentale	306
2. Tehnici hipnoterapeutice	308
VIII Hipnoza în afecțiunile psihosomatice	319
1. Beneficiile secundare	322
2. Selecția cazurilor pentru tratament	326
3. Hipnoterapia în astmul bronșic.....	328
4. Hipnoterapia în tratamentul alcoolismului	332
5. Hipnoterapia în dermatologie	335
6. Hipnoterapia în tulburările menstruale	338
7. Hipnoterapia în logonevroze	340
8. Hipnoterapia în tratamentul bolilor cardiovasculare	342
9. Hipnoterapia în tratamentul insomniilor	343
10. Antrenamentul mental pentru vindecarea încununată de succes.....	351

Cuprins

IX	Hipnoza în tulburările conduitei alimentare.....	357
1.	Regresia de vârstă și catharsisul	367
2.	Hipnoterapia în obezitate	368
-â 3.	întărirea motivației pentru terapie	376
4.	Tehnica metaforică aplicată în stare de hipnoză îrlterapia tulburărilor conduitei alimentare.....	379
X	Hipnoterapia în tulburările sexuale	389
1.	Principalele tehnici hipnotice utilizate	391
2.	Indicații și contraindicații ale utilizării hipnozei în tulburările sexuale	395
3.	Hipnoza în tratamentul disfuncțiilor sexuale	402
XI	Formarea unor abilități de a face față stresului (de coping) prin intermediul metaforelor	408
1.	Abilități de coping asociate cu tulburarea depresivă	408
2.	Rolul metaforelor terapeutice.....	413
XII	Hipnoterapia în combaterea durerii.....	420
1.	Tehnici specifice de controlul durerii.....	424
2.	Hipnoanestezia	426
3.	Tehnici psihoterapeutice de combatere a durerii	433
XIII	Hipnoterapia și anxietatea.....	447
1.	Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor posttraumatice de stres	447
2.	Abordarea terapeutică a tulburărilor anxioase	454
3.	Hipnoza în managementul stresului și al tulburărilor anxioase.....	473
4.	Hipnoterapia anxietății	478
XIV	Hipnoza și depresia.....	486

2.	Intervenții hipnoterapeutice în depresie	514
3.	Hipnoza în tratamentul simptomelor și factorilor de risc în depresia majoră	532
4.	Prevenirea recăderilor la pacienții depresivi prin intermediul hipnoterapiei cognitiv-experiențiale	541
5.	Programarea viitorului în terapia depresiei.....	558
XV	Tehnica celor cinci trepte în tratamentul disforiei	565
	Tehnica celor cinci trepte	565
	Etapele demersului în cinci trepte	572
	Hipnoza în terapia ostilității și a mâniei	579
XVI	Hipnoterapia la copii și adolescenți.....	588
	Tehnici de inducție la copii.....	590
	Tulburările de comportament specifice copiilor.....	601
	Intervenții hipnoterapeutice la copiii și adolescenții cu depresie	606
XVII	În loc de încheiere: panelul aplicațiilor hipnozei clinice	616
	Hipnoza medicală.....	616
	Alte domenii de aplicare a hipnozei:.....	618
	Bibliografie selectivă	621

Irina Holdevici

HIPNOZA CLINICĂ



EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

COPERTA
Faber Studio (S. Olteanu, A. Rădulescu, D. Dumbrăvician)

REDACTOR
Raluca Hurduc

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Victoria Gârlan

CORECTURĂ
Elena Bițu
Sînziana Doman

Pentru fiica mea, Nicoleta

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
HOLDEVICI, IRINA

Hipnoza clinică / Irina Holdevici - București : Editura Trei, 2009
Bibliogr.

ISBN 978-973-707-356-3

159.964.2

© EDITURA TREI, 2010

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-356-3

Cuprins

I	Hipnoza — de la magie la psihoterapia modernă	11
1.	Definire și caracteristici specifice fenomenului hipnotic	15
2.	Teorii explicative ale hipnozei	35
3.	Fenomene ce pot fi induse în cursul hipnozei	44
II	Inducția hipnotică	53
1.	Indicații pentru realizarea unei comunicări hipnotice eficiente	53
2.	Selecția, evaluarea și pregătirea clienților pentru hipnoză și testarea gradului de hipnotizabilitate	59
3.	Derularea unei sesiune de hipnoză	94
4.	Sugestiile de întărire a Eului	99
III	Hipnoterapia — psihoterapia prin intermediul relaxării	106
1.	Hipnoza — strategie terapeutică sau psihoterapie de sine stătătoare?	106
2.	Prevenirea și controlul efectelor negative ale hipnoterapiei	112
3.	Particularitățile unei sesiune de hipnoză	126
IV	Hipnoza permisivă	143
1.	Hipnoza de orientare ericksoniană	146
2.	Tipuri de sugestii terapeutice	149
3.	Psihoterapia strategică	178

V	Autohipnoza	243
1.	Construirea autosugestiilor	244
2.	Tehnica vizualizării	247
3.	Gândirea pozitivă	249
4.	Autohipnoza și rezolvarea problemelor	259
5.	Program pentru reducerea anxietății în cazul unor afecțiuni somatice grave	277
6.	Program pentru abandonarea consumului excesiv de alcool	279
VI	Hipnoanaliza	281
1.	Strategiile hipnoanalizei	281
2.	Caracterizarea generală și metodele hipnoanalizei	285
3.	Tehnici de reevaluare și soluționare de probleme	300
VII	Hipnoza în terapia comportamentală și cognitivă	306
1.	Tehnici comportamentale	306
2.	Tehnici hipnoterapeutice	308
VIII	Hipnoza în afecțiunile psihosomatice	319
1.	Beneficiile secundare	322
2.	Selecția cazurilor pentru tratament	326
3.	Hipnoterapia în astmul bronșic	328
4.	Hipnoterapia în tratamentul alcoolismului	332
5.	Hipnoterapia în dermatologie	335
6.	Hipnoterapia în tulburările menstruale	338
7.	Hipnoterapia în logonevroze	340
8.	Hipnoterapia în tratamentul bolilor cardiovasculare	342
9.	Hipnoterapia în tratamentul insomniilor	343
10.	Antrenamentul mental pentru vindecarea încununată de succes	351
11.	Hipnoterapia în enurezis	354

IX	Hipnoza în tulburările conduitei alimentare	357
1.	Regresia de vârstă și catharsisul	367
2.	Hipnoterapia în obezitate	368
3.	Întărirea motivației pentru terapie	376
4.	Tehnica metaforică aplicată în stare de hipnoză în terapia tulburărilor conduitei alimentare	379
X	Hipnoterapia în tulburările sexuale	389
1.	Principalele tehnici hipnotice utilizate	391
2.	Indicații și contraindicații ale utilizării hipnozei în tulburările sexuale	395
3.	Hipnoza în tratamentul disfuncțiilor sexuale	402
XI	Formarea unor abilități de a face față stresului (de coping) prin intermediul metaforelor	408
1.	Abilități de coping asociate cu tulburarea depresivă	408
2.	Rolul metaforelor terapeutice	413
XII	Hipnoterapia în combaterea durerii	420
1.	Tehnici specifice de controlul durerii	424
2.	Hipnoanestezia	426
3.	Tehnici psihoterapeutice de combatere a durerii	433
XIII	Hipnoterapia și anxietatea	447
1.	Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor posttraumatice de stres	447
2.	Abordarea terapeutică a tulburărilor anxioase	454
3.	Hipnoza în managementul stresului și al tulburărilor anxioase	473
4.	Hipnoterapia anxietății	478
XIV	Hipnoza și depresia	486
1.	Sugestiile și hipnoza în prevenirea depresiei	511

2.	Intervenții hipnoterapeutice în depresie	514
3.	Hipnoza în tratamentul simptomelor și factorilor de risc în depresia majoră	532
4.	Prevenirea recăderilor la pacienții depresivi prin intermediul hipnoterapiei cognitiv-experiențiale	541
5.	Programarea viitorului în terapia depresiei	558
XV	Tehnica celor cinci trepte în tratamentul disforiei.	565
1.	Tehnica celor cinci trepte	565
2.	Etapele demersului în cinci trepte	572
3.	Hipnoza în terapia ostilității și a mâniei	579
XVI	Hipnoterapia la copii și adolescenți	588
1.	Tehnici de inducție la copii	590
2.	Tulburările de comportament specifice copiilor	601
3.	Intervenții hipnoterapeutice la copii și adolescenții cu depresie	606
XVII	În loc de încheiere: panelul aplicațiilor hipnozei clinice.	616
1.	Hipnoza medicală	616
2.	Alte domenii de aplicare a hipnozei:	618
	Bibliografie selectivă.	621

I

Hipnoza — de la magie la psihoterapia modernă

Hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conștiință, asemănătoare cu relaxarea sau cu stările meditative specifice unor culturi orientale.

Fenomene similare cu cel hipnotic se întâlnesc frecvent în viața cotidiană. Astfel, cineva poate fi atât de absorbit de lectura unui roman sau de vizionarea unui film la televizor, încât nu mai aude soneria de la ușă sau se poate lăsa furat de gânduri în asemenea măsură, încât nu mai înregistrează ce-i spune interlocutorul cu care tocmai discută. Se apropie de hipnoză și fenomenele de reverie, în timpul căreia, dominați de propriile construcții imaginative, parcă ne transpunem în alte locuri și trăim alte stări decât cele legate de realitatea imediată, precum și fenomenele de extaz religios care se întâlnesc frecvent la adevărații credincioși.

Șoferul care conduce noaptea și este fascinat de dunga luminoasă a șoselei, care îi produce o îngustare a câmpului conștiinței ce se poate uneori solda cu accidente, este și el victima unei stări asemănătoare cu hipnoza. Aceste stări le denumim în limbaj comun cu ajutorul unor termeni ca: „a te lăsa furat”, „a fi pe altă lume” etc. Cei care trăiesc astfel de stări își orientează de fapt gândurile în interiorul lor.

Fenomenele de tip hipnotic au fost descrise încă din antichitate și continuă să se întâlnească frecvent în practicile magice specifice culturilor primitive. Posibilitățile hipnozei au fost când exagerate, așteptându-se de la cei care o practicau adevărate minuni, rezolvarea unor cazuri pe care nu le puteau soluționa alte metode medicale sau psihologice, când minimalizate sau chiar negate de către sceptici, care însă nu făcuseră suficiente eforturi pentru a cunoaște metoda în detaliu.

Se pare că un deserviciu însemnat i-au făcut hipnozei apropierea exagerată a acesteia de fenomenele parapsihice, considerându-se că persoanele care o practică trebuie să dispună neapărat atât de forțe supranaturale, cât și de performanțele hipnotizatorilor de estradă care au îndepărtat mulți cercetători serioși de acest domeniu. De asemenea, multe lucrări din domeniul literaturii științifico-fantastice au accentuat ideea că subiectul hipnotizat devine un fel de robot uman, controlat pe căi paranormale de către cel care a indus hipnoza, ceea ce a generat temeri nejustificate din partea unor pacienți care ar fi putut beneficia de avantajele acestei tehnici.

Putem vorbi de hipnoza modernă odată cu experiențele medicului austriac Franz Anton Mesmer (1734–1815), care a descris hipnoza și stările specifice acesteia sub denumirea de „magnetism animal”. Sistemul de tratament utilizat de Mesmer a fost ironizat de către medicina din acea perioadă din cauza manierei teatrale în care aborda el pacienții: subiectul era introdus într-un fel de butoi cu apă, fiind înconjurat de sârme și de tot felul de magneți care aveau menirea să pună în evidență fluidul denumit „magnetism animal”. Adesea, pacienții sugestibili erau cuprinși de convulsii. O comisie instituită în anul 1784 de către regele Franței, comisie din care a făcut parte și Franklin, ambasadorul Statelor Unite, a primit însărcinarea să cerceteze experimentul „magnetismului animal”. Comisia respectivă a ajuns la concluzia că aceasta nu era altceva decât un rezultat al imaginației.

Deși Mesmer a fost discreditat, teoriile sale fiind nefondate științific, mulți pacienți continuau să se vindece prin metodele sale, și aceasta a întărit convingerea că deși teoriile erau greșite, totuși fenomenul respectiv exista cu adevărat.

De hipnoză s-a folosit și abatele Johann Joseph Gassner (1717–1799), cunoscut exorcist din Elveția, care avea darul de a alunga „forțele negative” ce puneau stăpânire pe pacient.

Medicul englez John Elliotson (1791–1863) a realizat primele intervenții chirurgicale în stare de transă hipnotică, iar James Esdaile, medic scoțian (1808–1856), a raportat un număr de 345 de operații de chirurgie majoră realizate în India în somn hipnotic (cf. E. Hulgard și J. Mildrad, 1975).

Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795–1860), de la grecescul *hypnos*, care înseamnă somn, el considerând hipnoza ca pe un „somnia nervosa”.

O atenție deosebită este acordată hipnozei de către cele două școli ale psihiatriei franceze, Școala de la Salpêtrière, reprezentată de Jean-Martin Charcot (1835–1893), și Școala de la Nancy, al cărei reprezentant de seamă a fost Hippolyte Bernheim (1840–1919).

Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic specific isteriilor, dimpotrivă, Bernheim susținea că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Acesta din urmă a fost în mare măsură influențat de rezultatele deosebite ale unui medic de țară — Liébeault (1823–1904), care folosea și el cu succes hipnoza. Utilizarea în scopuri terapeutice a hipnozei a fost susținută și de succesele cunoștilor neurologi Breuer și Freud. Ulterior, Freud a abandonat hipnoza în favoarea propriei sale teorii și metode — psihanaliza —, ceea ce a făcut ca, pentru moment, interesul pentru hipnoză să înregistreze un regres.

În 1889 a avut loc primul Congres internațional de hipnoză terapeutică și experimentală și, cam în aceeași perioadă, marii teoreticieni în domeniul psihologiei au început să se intereseze de fenomenul hipnotic. Astfel, Wilhelm Wundt a scris o lucrare despre hipnoză. La rândul său, William James include un capitol dedicat hipnozei în celebra sa lucrare „Principiile psihologiei”, iar Pierre Janet abordează și el hipnoza din perspectiva disocierilor de personalitate. În timpul Primului Război Mondial, McDougal a tratat cu ajutorul hipnozei, soldați aflați în stare de șoc. Un pas important în dezvoltarea hipnozei științifice îl reprezintă lucrarea lui Clark Huli (1933) „Hipnoză și sugestibilitate”.

Și în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, hipnoza a fost utilizată cu succes în tratamentul nevrozelor de război. Apoi, treptat, aplicațiile ei s-au extins în stomatologie și obstetrică.

În anul 1955, Asociația medicală britanică și, în 1958, Asociația medicală americană au hotărât ca hipnoza să fie inclusă ca disciplină de învățământ în școlile medicale, iar în anul 1960, Asociația Psihologilor Americani a recunoscut oficial utilizarea terapeutică a hipnozei de către psihologi. La ora actuală există, în afară de societățile naționale, Societatea europeană de hipnoză, Societatea internațională de hipnoză și Societatea de hipnoză „Milton Erickson”, după numele fondatorului ei, unul dintre cei mai talentați și mai creativi hipnoterapeuți ai lumii.

În vara anului 1996 a avut loc în Ungaria (Budapesta) cel de-al șaptelea Congres de hipnoză în psihoterapie și medicină psihosomatică,

la care au luat parte peste 900 de medici și psihologi din aproape toate țările lumii, incluzând și țara noastră.

Hipnoza are o serie de aplicații practice, atât în clinică, pentru psihoterapie, cât și în alte domenii de activitate unde se urmărește optimizarea performanțelor umane. Astfel, ea pătrunde tot mai mult în pregătirea psihologică a sportivilor de înaltă performanță, precum și a cosmonauților, pentru obținerea unui echilibru emoțional de nivel superior, pentru perfecționarea capacității de concentrare a atenției, dezvoltarea deprinderilor motrice și pentru o mai bună autoreglare a comportamentului în ansamblu. De tratament hipnotic pot beneficia și artiștii cu trac de scenă sau elevii și studenții hiperemotivi, care au tendința de a se bloca la examene, obținând rezultate sub posibilitățile lor reale. Cercetările din ultimii ani au demonstrat că hipnoza poate contribui și la creșterea eficienței învățării, precum și la dezvoltarea unor disponibilități creative latente.

În clinică, hipnoza se aplică în foarte multe domenii. Astfel, ea se folosește cu succes în chirurgie, pentru realizarea unor operații fără anestezie sau cu o cantitate redusă de anestezice, atunci când subiectul prezintă intoleranță la astfel de substanțe sau când acestea lipsesc (în condiții de izolare, luptă etc.). Hipnoza s-a dovedit utilă și pentru reducerea anxietății preoperatorii, precum și pentru realizarea unei evoluții postoperatorii cât mai bune și mai rapide. Un domeniu unde hipnoza poate face foarte mult îl reprezintă combaterea durerii; este vorba de durerile din bolile cronice, de migrene, precum și de cele ce apar în timpul nașterii sau al unui tratament stomatologic. În medicina psihosomatică, hipnoza se utilizează în terapia unor afecțiuni care vizează aparatele și sistemele cardiovascular, respirator, digestiv sau endocrin (tahicardie, hipertensiune arterială, vărsături, colici, colite, astm bronșic, obezitate, tulburări sexuale etc.). Ea are, de asemenea, aplicații în domeniul unor afecțiuni dermatologice (prurit, psoriazis, reacții alergice, tratamentul negilor) și în recuperarea unor deficiențe motorii produse de accidente vasculare sau traumatisme. Sfera cea mai largă de aplicație o are tratamentul prin hipnoză în cazul afecțiunilor nevrotice (reacții de tip fobie, atacuri de panică, anxietate, tulburări ale atenției și ale memoriei).

Cercetări recente au evidențiat faptul că prin hipnoză s-ar putea influența favorabil chiar evoluția unor boli grave, cum ar fi cancerul și SIDA. Astfel, la penultimul Congres european de hipnoză din 1990, Simonton (SUA) a elaborat o lucrare denumită „Rolul psihoneuroi-

munologiei — consilierea și factorul psihic în cancer”. Specialistul german Lenk (1990) a condus un seminar practic dedicat utilizării hipnozei în cancer, iar un coleg al său, tot german, Otremba (1990), a prezentat date clinice și experimentale încurajatoare, obținute pe pacienți bolnavi de SIDA.

Adepții psihoterapiei, printre care includem hipnoterapeuții, au ajuns la concluzia că dacă prescriem medicamente pentru tulburări de natură psihologică, nu facem decât să mascăm problema reală. Înțelepții orientali spuneau că, dăruind cuiva un pește, îi vom potoli foamea pentru câțva timp, dar dacă îl învățăm să pescuiască, el va fi capabil să-și procure hrana pentru tot restul zilelor. La fel, dacă îi învățăm pe pacienți, prin intermediul hipnozei și apoi al autohipnozei (hipnoza realizată de pacient singur, în absența terapeutului), cum să se vindece și să rămână sănătoși, cum să-și rezolve problemele de viață, le punem la dispoziție un mijloc care îi va putea ajuta să-și mențină echilibrul sufletească și o stare bună de sănătate tot restul vieții.

Majoritatea oamenilor nu sunt conștienți de resursele interioare de care dispun și ignoră faptul că există o cale de a intra în contact cu aceste resurse pentru a-și ameliora și menține sănătatea și pentru a se autoperfecționa fizic și psihic. Mentalul conștient al omului îl ajută să rezolve o serie de probleme, să înțeleagă diverse situații doar la nivel logic. Trebuie deschise și căile pentru cunoașterea intuitivă care are loc prin mecanisme subconștiente, și aceasta se face mai ușor cu ajutorul relaxării, al hipnozei și al autohipnozei.

1. Definire și caracteristici specifice fenomenului hipnotic

Definițiile cele mai utilizate la ora actuală pentru terapia hipnotică sunt următoarele (Yapko, 1995, p. 8):

1. Hipnoza reprezintă un demers de imaginație dirijată. Hipnotizatorul, o altă persoană (în heterohipnoză) sau subiectul însuși (autohipnoză), acționează în sensul ghidării unor experiențe bazate pe fantezie (Barber, Spanos și Chaver, 1974; Barber, 1979).
2. Hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință cu caracter natural. Subiectul intră în starea hipnotică denumită transă,

stare care este diferită de cea normală, de veghe și care nu este indusă artificial, prin consum de substanță sau prin intermediul altor procedee fizice (Ludwig și Levine, 1965; Ludwig, 1966; Tart, 1969).

3. Hipnoza reprezintă o stare de relaxare în care sugestibilitatea subiectului se accentuează. Acesta intră într-o stare de destindere fizică și psihică profundă, în care devine mai receptiv la sugestii (Miller, 1979; Edmonston, 1991).
4. Hipnoza reprezintă o stare de concentrare intensă care presupune focalizarea selectivă asupra unei singure idei sau stimul senzorial, o anumită secvență de timp (Spiegel și Spiegel, 1987).

În ceea ce privește demersul psihoterapeutic, intervenția clinică poate fi considerată ca o serie de procese de comunicare între terapeut și client (pacient) (Watzlawick, 1978; Araoz, 1985). Indiferent de orientarea teoretică, terapeutul va utiliza relația de comunicare atât pentru evaluarea pacientului, cât și în calitate de vehicul al schimbării terapeutice prin intermediul căreia persoana aflată în dificultate va fi dirijată să acționeze diferit, într-o manieră considerată mai adaptativă (Zeig și Rennick, 1991).

Yapko (1995) leagă, la rândul său, hipnoza de procesul de comunicare și influență interpersonală. Dacă se renunță la abordarea hipnozei într-o manieră pasivă, ca fiind o stare subiectivă internă a individului, și se deplasează accentul asupra relației de comunicare interpersonală prin intermediul căreia terapeutul sugerează clientului să trăiască anumite experiențe cu caracter psihoterapeutic, se deschid noi perspective în direcția înțelegerii mecanismelor hipnozei.

Privit din această perspectivă, hipnoterapeutul trebuie să fie un „comunicator” eficient, pentru a obține rezultate în terapie. Este necesar ca acesta să fie în măsură să recunoască și să accepte stilurile de gândire ale celorlalți, să comunice în așa fel încât pacienții să se simtă înțeleși pe unul sau mai multe planuri și să devină capabili să-și integreze experiențele subiective, în propriul lor avantaj (Gilligan, 1987).

În cadrul acestui mod de abordare se pune un accent mai redus pe ritual sau profunzimea transei, terapeutul fiind mai mult preocupat de aspectele de comunicare interpersonală.

Bellet (2002, pp. 142–144) ne spune ce *nu* este hipnoza:

1. Hipnoza nu este un ritual.

Studiile clinice de dată recentă au demonstrat faptul că practica-rea ritualizată a hipnozei nu sporește eficacitatea terapiei, relativ puțini pacienți fiind sensibili la aceste aspecte.

2. Hipnoza nu este un tratament în sine.

Procesarea terapeutică prin intermediul sugestiilor are consecințe benefice asupra subiectului.

3. Hipnoza nu se datorează unor forțe paranormale ale terapeutului.

Prejudicata conform căreia hipnoza l-ar putea determina pe pacient să reacționeze la orice fel de sugestii n-are nicio bază reală. Studiile au demonstrat faptul că subiectul hipnotizat își conservă integritatea morală și nu se supune niciunei sugestii care vine în contradicție cu propriul sistem de valori.

4. Hipnoza nu reprezintă o stare de hipersugestibilitate pasivă.

Pentru a se putea realiza, hipnoza presupune o relație de comunicare activă din partea pacientului. Acesta reacționează simultan pe mai multe planuri și devine autonom odată cu însușirea tehnicii de autohipnoză.

În practică nu s-a dovedit necesară aplicarea testelor de sugestibilitate asupra pacienților pentru a-i selecționa, hipnoza modernă reprezentând o tehnică interrelațională.

5. Hipnoza nu reprezintă un har.

Hipnoza presupune utilizarea și dezvoltarea unor particularități psihofiziologice obișnuite, care variază de la individ la individ, indiferent dacă acesta se află în postura de terapeut sau de pacient.

6. Hipnoza nu presupune o stare de depersonalizare, după cum au demonstrat numeroasele cazuri clinice.

7. Hipnoza nu este un panaceu.

Deși hipnoza are efecte terapeutice evidente, ea nu poate rezolva totdeauna toate problemele psihopatologice și doar șarlatanii o consideră un panaceu.

8. Hipnoza nu are la bază fenomene de conformism sau complezență.

Complezența nu ar putea explica modul în care se produce anestezia prin hipnoză în cazul intervențiilor chirurgicale.

9. Hipnoza nu reprezintă un „ser al adevărului”.

Amintirile uitate, descoperite cu ajutorul hipnozei, nu au valabilitate decât dacă sunt validate prin intermediul unor criterii exterioare, deoarece subiectul hipnotizat poate furniza date ce țin de memorie sau imaginație. Din acest motiv, utilizarea hipnozei în scopuri medico-legale nu este admisă.

10. Hipnoza nu este o psihoterapie de suprafață.

Prin intermediul hipnozei nu se abordează doar simptomele, așa cum afirmă psihanalistii, ci se pun în acțiune și disponibilitățile latente ale ființei umane.

1.1. Caracterizarea generală a fenomenului hipnotic

Marcuse (1959) subliniază faptul că hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință, produsă prin repetarea unor stimuli, în care sugestia este mai eficientă decât în mod obișnuit.

Majoritatea specialiștilor definesc hipnoza ca pe o stare indusă, de regulă în mod artificial, asemănătoare cu somnul, dar în același timp diferită de acesta din punct de vedere fiziologic, stare caracterizată prin sugestibilitate crescută, datorită căreia pot fi induse subiectului, mai ușor decât în stare normală, o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice și motorii (după Weitzenhoffer, 1963). Prin hipnoză se realizează deci o stare de hipersugestibilitate selectivă, produsă subiectului prin anumite proceduri specifice, de natură fiziologică sau/și psihologică de către o altă persoană (hipnotizator) sau de către subiectul însuși (în cazul autohipnozei).

În timpul hipnozei pot fi induse o serie de modificări spectaculoase ale proceselor psihice și ale comportamentului, modificări ce pot îmbrăca aspecte pozitive sau negative, în funcție de conținutul sugestiilor administrate (Gheorghiu, 1977). Astfel, pot fi produse:

- A. Modificări ale sferei senzoriale, iluzii (perceperea distorsionată a unor obiecte existente în realitate), halucinații (percepții fără

corespondent în realitate), precum și modificarea unor praguri senzoriale: hiperestezie — accentuarea sensibilității —, anestezie, reducerea generală a sensibilității și analgezie (reducerea sensibilității la durere). Datorită acestor efecte, este posibilă utilizarea hipnozei în combaterea durerii.

- B. Modificări prosexice (ale atenției): în hipnoză se produce o orientare selectivă a atenției, care este îndreptată predominant spre sugestiile terapeutului și într-o mai mică măsură spre stimulii ambianței.
- C. Modificări mnezice (ale memoriei): prin hipnoză se poate obține o amnezie (uitare totală sau parțială a unor obiecte, evenimente, date), după cum se poate produce o hiperamnezie sau accentuare a funcției mnezice, subiectul reținând și redând mai ușor și mai exact materialul memorat.
- D. Modificări în sfera gândirii: în urma inducției hipnotice, la unii subiecți poate să funcționeze ceea ce specialiștii numesc „logica transei”, datorită căreia ei acceptă ca fiind logice situații pe care nu le-ar considera ca atare în stare normală. De pildă, subiectul, în urma sugerării faptului că este preșcolar, se comportă ca un copil de 6 ani și poate discuta în același timp cu soția sa, fără ca acest lucru să i se pară ciudat sau nepotrivit.
- E. Modificări în domeniul activității motorii: relaxare musculară, acțiuni automate, rigiditatea corpului, menținerea timp îndelungat a unor poziții incomode, precum și modificarea comportamentului de ansamblu al subiectului.
- F. Modificări în sfera afectivității. Acestea capătă conținut specific în funcție de sugestiile terapeutului. De regulă, majoritatea subiecților care au fost hipnotizați afirmă în mod spontan că au trăit în timpul hipnozei o stare afectivă pozitivă, de calm, liniște și relaxare profundă.

Frecvent, hipnotizatorii profesioniști sugerează subiecților regresia de vârstă. Când sugestiile au acționat, subiectul se comportă ca și cum ar avea o vârstă mai mică decât cea reală, el modificându-și comportamentul, astfel încât să corespundă vârstei sugerate. La subiecții foarte sugestibili se modifică vocea, mimica și chiar scrisul, caracterile utilizate în scriere fiind specifice copilăriei. Mulți autori citează cazuri în care subiecții regresați până la vârsta copilăriei și-au amintit o limbă pe care o vorbisera în trecut și pe care o uitaseră ulterior, conversând sau chiar scriind în limba respectivă.

As (1962) relatează cazul unui subiect care, regresat la vârsta copilăriei, utiliza un dialect suedez, iar Gheorghiu pe cel al altui subiect, care vorbea maghiara. Niciunul din acești subiecți nu-și mai amintea limbile respective în stare de veghe.

Milard (1975), la rândul său, citează cazul unui subiect care fusese crescut în China și care, în urma regresiei de vârstă, și-a scris numele cu caractere chinezești, ceea ce nu a fost capabil să facă în stare de veghe. Regresia de vârstă este mult folosită de către hipnotizatorii clinicieni pentru a „dezgropa” amintirile psihotraumatizante uitate, care au produs la subiecți tulburări de tip nevrotic. Sugerarea stărilor descrise mai sus, cu excepția regresiei de vârstă, nu se utilizează decât rareori în clinică și atunci mai mult în scopuri didactice, demonstrative sau pentru a verifica gradul de profunzime al hipnozei. Trebuie făcută totuși precizarea că, datorită posibilităților neobișnuite de modificare a comportamentului prin hipnoză, este posibilă utilizarea terapeutică a acestei tehnici, realizându-se vindecări ce par de domeniul miracolului.

Hawkins (2006) subliniază faptul că există mai multe definiții și caracterizări ale fenomenului hipnotic, în funcție de concepțiile teoretice care stau la baza acestuia.

Asociația psihologilor americani (2005) prezintă o descriere detaliată a hipnozei, descriere din cadrul căreia prezentăm câteva aspecte:

- Hipnoza implică un procedeu prin intermediul căruia subiectului i se aduce la cunoștință faptul că îi vor fi administrate unele sugestii menite să-l determine să trăiască niște experiențe în plan imaginativ.
- În timpul hipnozei, o persoană (subiectul) va fi ghidată de o altă persoană (hipnotizatorul) să relaționeze la sugestii care pot provoca modificări în sfera perceptivă, senzorială, emoțională, cognitivă și comportamentală.
- În cazul în care subiectul răspunde la sugestii, se presupune că hipnoza a fost indusă.
- Detaliile referitoare la procedurile și sugestiile hipnotice diferă în funcție de obiectivele stabilite de terapeutul clinician sau de cercetător.
- Tehnicile hipnotice tradiționale implică relaxare, deși aceasta nu este neapărat necesară, existând și posibilitatea unei hipnoze cu caracter activ și alert. Subiectul poate să-și însușească și tehnici

de autohipnoză, în cadrul cărora își administrează singur procedurile hipnozei.

- Evaluarea hipnozabilității se realizează cu ajutorul unor scale clinice care grupează rezultatele în următoarele categorii: nivel de hipnozabilitate scăzut, mediu și ridicat. Majoritatea indivizilor reacționează măcar la unele dintre sugestiile administrate în cadrul scalelor respective.

Atunci când o persoană este hipnotizată, aceasta intră în așa-numita transă hipnotică, care reprezintă o stare modificată de conștiință sau o stare psihică specială. Subiecții pot intra și în mod spontan într-o stare asemănătoare transei, atunci când se lasă absorbiți de activități cum ar fi lectura unei cărți, vizionarea unei emisiuni TV sau ascultarea unei piese muzicale, sau în timpul activității sexuale.

Hipnoza clasică solicită clienților să-și focalizeze atenția asupra celor sugerate de terapeut, să se detașeze de mediul exterior prin închiderea ochilor, să se relaxeze și să se lase absorbiți de activități în plan imaginativ. Acest demers este facilitat dacă subiectul este dornic să coopereze și are expectații pozitive referitoare la rezultat.

Atunci când subiectul se află în transă, acesta este mai dispus să accepte sugestiile directe provenite de la terapeut, deși majoritatea fenomenelor hipnotice pot să apară și în mod spontan, în afara hipnozei.

Cele mai frecvente fenomene care apar în timpul hipnozei sau a autohipnozei sunt următoarele (Hawkins, 2006, p. 40):

- Relaxare;
- Comportamente ideomotorii (exemplu: levitația brațului);
- Fenomene ideosenzoriale (exemplu: analgezia sau anestezia);
- Regresia de vârstă;
- Comportamente de tip halucinatoriu.

Oakley, Alden și Degun-Mather (1996, p. 504) trec în revistă câteva caracteristici ale hipnozei, care au relevanță pentru activitatea clinică:

- sugestibilitate crescută sau cel puțin o mai mare capacitate de a accepta sugestiile în mod necritic;
- creșterea capacității și implicării imaginative în așa fel, încât experiențele imaginare să fie percepute ca reale;
- facilitarea accesului la amintiri din copilărie și chiar revenirea la un stadiu mai timpuriu al dezvoltării cognitive;

- diminuarea capacității de testare a realității, în sensul unei toleranțe crescute la erorile de logică (așa-numita „logică a transei”);
- relaxare musculară care, odată însușită, poate fi utilizată și în diverse situații ale vieții cotidiene;
- întărirea relației terapeutice;
- creșterea expectațiilor pozitive referitoare la efectele psihoterapiei;
- focalizarea atenției și o mai mare detașare de gândurile și stările afective ale subiectului;
- posibilitatea de a crea, dezvolta și controla experiențe de tip dissociativ.

Postulatele hipnoterapiei (Hawkins, 2006, p. 44)

1. Starea de transă hipnotică reprezintă un fenomen natural care se poate produce fără inducția formală realizată de hipnoterapeut.
2. Orice hipnoză reprezintă de fapt un fenomen de autohipnoză.
3. Indivizii umani dispun de o instanță psihică de natură inconștientă, care cuprinde în sine resursele psihice de vindecare și evoluție personală.
4. Clientul poate să se implice într-un demers de căutare a resurselor de natură inconștientă, pentru a descoperi soluții la problemele sale.
5. Starea de transă facilitează procesele de vindecare de natură inconștientă (inclusiv la nivel de gene și neurotransmițători).
6. Demersurile de tip hipnoanalitic conduc la dezvăluirea conținuturilor și conflictelor intrapsihice reprimite, responsabile de generarea și menținerea unor simptome, dezvăluire ce facilitează procesul de vindecare.

1.2. Caracteristicile stării de transă hipnotică

Transa hipnotică este un concept relativ dificil de definit, dar același lucru se întâmplă și cu alte concepte cum ar fi, de pildă, durerea. Cu toate acestea, nimeni nu se îndoiește de existența durerii. Din cauza acestor dificultăți, hipnoza este definită adesea prin intermediul unor exemple concrete care se referă la starea subiectului sau la metodele de inducere a acesteia. Gibson și Heap (1991) descriu starea

de transă hipnotică în opoziție cu starea de veghe, în care subiectul este implicat permanent în activități de procesare și evaluare a informației. În stare de relaxare și, cu atât mai mult, în transă, care nu este altceva decât o stare de relaxare mai profundă, persoana continuă să audă ceea ce se petrece în jur, dar încetează să mai ia în seamă și să proceseze respectivele informații.

Rezultat al inducției hipnotice, transa hipnotică este considerată astăzi o stare modificată de conștiință. Hilgard și Gheorghiu (1977) descriu starea hipnotică prin următoarele caracteristici:

A. *Reducerea funcției de planificare.* Subiectul hipnotizat pierde inițiativa și nu mai manifestă dorința de a realiza acțiuni planificate pe cont propriu.

Aflat în hipnoză, subiectul acționează doar în conformitate cu sugestiile terapeutului. El poate acționa, dar de cele mai multe ori nu simte nevoia s-o facă. Aspectul exterior al persoanei hipnotizate este al unui individ pasiv, care reacționează doar la comenzi venite din afară. Acest fenomen este și mai evident atunci când terapeutul îi sugerează subiectului să mențină mai mult timp o poziție incomodă, pe care nu o modifică decât atunci când i se cere în mod expres s-o facă.

Gill și Breruman (1959) au întrebat un subiect după ce își dă seama că se află în hipnoză (autorii au făcut diverse experimente cu respectivul subiect aflat în hipnoză: dacă era relaxat, l-au activat, dacă a afirmat că-și simte brațul insensibil, i-au recomandat revenirea sensibilității etc.). Interogat asupra stării sale, subiectul răspunde: „Știu că mă aflu în hipnoză pentru că fac ceea ce spuneți dumneavoastră”.

B. *Redistribuirea atenției.* În hipnoză se accentuează selectivitatea atenției, aceasta fiind orientată în mod special spre ceea ce spune și face hipnotizatorul. Aflat într-o hipnoză profundă, subiectul poate înregistra stimulii din mediul înconjurător sau proveniți de la alte persoane, dar nu reacționează decât la comenzile date de hipnotizator (este cunoscut faptul că o altă persoană nu poate anula hipnoza indusă de către terapeut; dacă subiectul este lăsat singur, el poate reveni treptat la starea normală sau poate intra în somn natural). Hilgard afirmă că interpretarea conform căreia hipnoza reprezintă o concentrare maximă a atenției, pe baza selectivității sale din starea de veghe, teorie susținută de Barber (1960) și Leuba (1960), nu este confirmată de date experimentale.

Astfel, Amedeo și Shagass (1963) au demonstrat că subiecții în stare de hipnoză au fost mai puțin capabili să rezolve probleme de aritmetică decât cei aflați în stare de veghe. Înregistrarea mișcărilor oculare, corelate cu performanțele cognitive, indică mai curând o creștere a activității difuze a creierului la subiecții hipnotizați. Robert (1964), utilizând o serie de teste de atenție, nu a găsit nicio corelație între capacitatea de concentrare și hipnotizabilitate, iar Das (1964) afirma că subiecții cu atenția mai concentrată sunt mai puțin hipnotizabili.

Interpretând aceste date experimentale, Hilgard este de părere că în hipnoză avem de-a face cu o scădere a atenției generale, el denumind fenomenul „neatenție selectivă” (subiectul aude doar vocea hipnotizatorului, nu și alte voci).

C. *Capacitatea crescută a producției imaginative* (vivacitatea reprezentărilor memoriei). Din relatările subiecților hipnotizați rezultă că reprezentările din timpul hipnozei sunt deosebit de vii. Adevărate, ei au adevărate stări halucinatorii, percepând obiecte, persoane sau situații care nu există în realitate. De asemenea, este cunoscută pregnanța și vivacitatea viselor hipnotice.

D. *Reducerea controlului realității și toleranța crescută față de distorsiunile acesteia*. În viața cotidiană, controalele pe care le realizează omul asupra mediului înconjurător sunt foarte frecvente: omul privește în jur, se uită la ceas, ascultă, atinge obiectele. În timpul hipnozei, această reducere a controlului este produsă de sugestiile de relaxare și detașare, ea conducând, la rândul său, la acceptarea cu mai multă ușurință a distorsiunilor perceptive. Astfel, subiectul hipnotizat acceptă amintiri false, schimbări ale personalității, distorsionări ale percepției timpului (cercetările au demonstrat că intervalele scurte sunt percepute ca mai lungi, iar cele lungi ca mai scurte), perceperea de tip halucinatoriu a unor persoane sau obiecte care se află în încăpere.

Aceste fenomene scot în evidență o reducere, sub influența hipnozei, a capacităților discriminatorii și critice ale subiectului. Deși nu trebuie să înțelegem că toate capacitățile logice sunt suspendate, se observă o anumită tendință necritică de a lua lucrurile *ad litteram*. Caracterizând acest fenomen, Orne (1959) vorbește de așa-numita „logică a transei”, conform căreia subiectul acceptă ca fiind logice situații pe care în mod natural nu le-ar considera ca atare.

E. *Creșterea gradului de sugestibilitate*. În hipnoză, receptivitatea subiectului la sugestii crește foarte mult comparativ cu starea nor-

mală. Stimulii sau excitațiile subiective, care în afara hipnozei determină reacții de intensitate foarte redusă sau nu produc nicio reacție, conduc la modificări de amploare dacă sunt administrați în urma inducției hipnotice. Pe aceasta se bazează numeroasele aplicații ale hipnozei în terapie sau în optimizarea comportamentului.

F. *Accentuarea comportamentului de interpretare a unor roluri*. Subiectul aflat în hipnoză nu efectuează numai acțiuni simple, sugerate de terapeut. El poate intra într-un rol care presupune desfășurarea unor acțiuni complexe cerute de acesta. Subiecții prezintă în hipnoză o mai mare capacitate de transpunere în rolurile sugerate, comparativ cu starea de veghe. Astfel, un subiect căruia i se sugerează că are altă vârstă decât cea reală sau că este o altă persoană va tinde să interpreteze cu multă autenticitate rolul sugerat. Există chiar și o teorie care încearcă să explice fenomenul hipnotic prin jucarea unui rol (Sarbin, 1956; Sarbin și Anderson, 1967).

G. *Apariția amneziei posthipnotice*. Amnezia sau uitarea evenimentelor petrecute în timpul hipnozei reprezintă una dintre particularitățile de bază ale stării hipnotice. Această amnezie poate fi sugerată de terapeut, dar ea se poate instala și spontan, îndeosebi în stările de transă mai profundă.

H. *Starea de relaxare psihofizică*. Majoritatea subiecților care au fost hipnotizați și s-au dovedit receptivi la hipnoză descriu starea pe care au resimțit-o ca fiind caracterizată prin relaxare fizică și psihică, lipsă de interes pentru ceea ce se petrece în jur, dorința de a urma cu exactitate instrucțiunile terapeutului, incapacitatea de a se opune acestora, dorința de a rămâne pasiv vreme îndelungată fără a întreprinde ceva. Mulți subiecți relatează și prezența unor senzații de greutate și, uneori, de căldură în membre, ca în cazul relaxării după metoda antrenamentului autogen al lui Schultz.

I. *Scăderea acuității perceptive*. În starea hipnotică, stimulii ambianței sunt percepuți mai estompat, cu mai puțină claritate și precizie, unii dintre aceștia nefiind percepuți deloc. Mulți subiecți au descris starea trăită în timpul hipnozei ca fiind una intermediară între starea de veghe și cea de somn.

Hilgard a aplicat asupra unor subiecți cunoscuta scală de hipnotizabilitate Stanford și le-a cerut apoi să relateze cu privire la efectele

spontane, nesugerate ce apar în timpul hipnozei. Majoritatea subiecților hipnotizați afirmă că au simțit: lipsa dorinței de a vorbi, de a se mișca și de a gândi, tendința de a da curs sugestiilor experimentatorului, schimbarea dimensiunii unor părți ale corpului, senzație de zbor, de vârtje, ei descriind starea ca fiind asemănătoare cu somnul.

Tart (1970) a interogat un subiect, foarte talentat pentru hipnoză, asupra stării pe care a trăit-o în timpul unei transe profunde. Acesta și-a caracterizat starea astfel:

- absența senzației corpului propriu;
- absența senzațiilor sau evenimentelor venite din afară; el conștientizează doar un fel de fluid sau flux de energie care îl înconjoară;
- nu are conștiința lumii exterioare, cu excepția vocii depersonalizate a hipnotizatorului, ce îi transmite mesaje agreabile și amuzante, care parcă vin din imensitatea oceanului cosmic;
- sentimentul că se află în afara timpului;
- pierderea identității personale.

Desigur, nu toți subiecții sunt capabili să atingă o astfel de profunzime a transei hipnotice. Interesant este că stări similare cu cele descrise de subiectul investigat de Tart au fost prezentate de cei care au studiat diversele variante ale meditației de tip oriental (Govinde, 1960; Philipe, 1963).

1.3. Manifestările fiziologice ale fenomenului hipnotic (Bellet, 2002, pp. 80–81):

1. Manifestări obiective, observabile din exterior:

- încetinirea ritmului respirator;
- scăderea frecvenței cardiace;
- modificări ale tonusului muscular:
- hipotonie, relaxare musculară;
- hipotonie, catalepsie sau rigiditate a unui membru, a unor porțiuni ale corpului sau chiar a corpului în întregime;
- mișcări automate;
- mișcări de deglutiție;
- literalism în înțelegerea spuselor terapeutului (pacientul înțelege totul *ad litteram*).

2. Manifestări subiective percepute numai de către pacient:

- relaxare generală;
- greutate sau, dimpotrivă, senzație de ușor la nivelul membrelor;
- furnicături, senzații de căldură sau frig;
- halucinații pozitive (subiectul percepe stimuli inexistenți la nivelul sistemelor senzoriale vizual, auditiv, olfactiv, gustativ sau kinestezic);
- halucinații negative (subiectul nu percepe anumiți stimuli prezenți în ambianță);
- izolare de stimulii din context.

Manifestările psihologice ale hipnozei:

- activitate ideomotorie (capacitatea de a reacționa automat la o sugestie printr-o mișcare de amplitudine redusă și care este utilizată ca tehnică de comunicare cu pacientul în timpul ședinței de hipnoză; de pildă ridicarea unui deget);
- detașarea de mediul înconjurător;
- modificări subiective ale percepției timpului;
- amnezie (parțială sau totală);
- regresie de vârstă cu hiperamnezie.

1.4. Procesarea hipnotică

Bellet (2002) este de părere că hipnoza implică cinci etape sau trepte care sunt atinse în mod succesiv:

- 1) concentrarea atenției, care presupune dezinteres pentru stimuli din mediul înconjurător imediat, și fixarea acestuia asupra afirmațiilor terapeutului. Această concentrare a atenției conduce la:
- 2) suspendarea stării obișnuite de conștiință;
- 3) căutarea inconștientă automată a diverselor sensuri pe care le conțin sugestiile și care conduce la:
- 4) declanșarea unor procese inconștiente ce presupun asociații, conexiuni, învățare, care stau la baza hipnozei terapeutice și de la care se așteaptă:
- 5) răspunsuri care se declanșează în timpul ședinței de hipnoză sau posthipnotic și care presupun achiziționarea unor noi

cunoștințe și a unor noi modele de comportament care să reflecte schimbări pozitive.

Concentrarea atenției se realizează prin fixarea privirii asupra unui punct, urmărirea unei povestiri captivante, sugestii de relaxare.

Suspendarea stării obișnuite de conștiință presupune trecerea de la un mod de operare la altul (se activează emisfera cerebrală dreaptă) și se realizează prin intermediul tehnicilor confuziei, ale surprizei și ale disocierii.

Yapko (1995, p. 58) prezintă, la rândul său, principalele caracteristici ale stării hipnotice, așa cum au fost ele descrise în literatura de specialitate.

1. Concentrarea selectivă a atenției (Spiegel și Spiegel, 1987).
2. Senzația de lipsă de efort (Gilligan, 1987).
3. Implicare experiențială, nonconceptuală (Erickson, Rossi și Rossi, 1976).
4. Dorința de a experimenta diverse trăiri (Gilligan, 1987).
5. Flexibilitatea percepțiilor spațio-temporale (Erickson, Rossi și Rossi, 1976).
6. Modificarea unor aspecte legate de percepții (Erickson și Rossi, 1979).
7. Fluctuații ale nivelului de implicare (Gilligan, 1987).
8. Inhibiții verbale și/sau motorii (Erickson, Rossi și Rossi, 1976).
9. Logica transei; reducerea nivelului de testare a realității (Shor, 1959).
10. Procesare psihică de tip simbolic (Zeig, 1980).
11. Distorsionarea percepției timpului (Erickson, Rossi și Rossi, 1976).
12. Amnezie totală sau parțială (Erickson, Rossi și Rossi, 1976; Rossi, 1993).

1.5. Profunzimea hipnozei

Nu toți oamenii pot fi hipnotizați în aceeași măsură. Unii nu reacționează defel la inducția hipnotică, alții reacționează moderat, iar alții se dovedesc deosebit de receptivi. Susceptibilitatea hipnotică reprezintă capacitatea individului de a fi hipnotizat. Oamenii diferă în privința acestei calități așa cum se deosebesc în ceea ce privește inteligența sau aptitudinile sportive. Specialiștii au ajuns la concluzia că per-

formația hipnotică depinde atât de susceptibilitatea hipnotică a individului, cât și de atitudinea acestuia față de hipnoză (o persoană înalt hipnotizabilă poate rezista la hipnoză, dacă își propune acest lucru).

Pentru măsurarea susceptibilității hipnotice au fost alcătuite, încă de la sfârșitul secolului trecut, scale de evaluare a gradului de profunzime a hipnozei pe care poate să o atingă un individ. Profunzimea hipnozei (după Liébeault, 1889) (cf. Hilgard, Weitzen-Hoffer, Lande și Moore, 1961):

A. Somnul artificial:

- Amețeală: toropeală, senzație de greutate în cap, dificultăți de a deschide ochii.
- Somnolență ușoară: semnele de mai sus, la care se adaugă catalepsie (greutate, inerție musculară), dar cu capacitatea subiectului de a-și modifica poziția membrilor.
- Somn ceva mai profund: insensibilitate, catalepsie, automatisme motorii. Subiectul nu mai poate interveni în desfășurarea mișcărilor automate (dacă se imprimă brațului o mișcare rotativă, acesta nu mai este capabil s-o controleze).
- Stare intermediară: catalepsiei și automatismelor li se adaugă faptul că subiectul nu mai reacționează la nimic în afară de comenzile date de hipnotizator și nu-și amintește decât relațiile dintre el și hipnotizator.

B. Stare somnambulică profundă:

- Somn de tip somnambulic obișnuit: se caracterizează prin amnezie totală la trezire și halucinații în timpul stării hipnotice, care dispar la trezire. Subiectul se află sub controlul hipnotizatorului.
- Somn de tip somnambulic profund.

Cotarea susceptibilității hipnotice după Davis și Husband (1931)

Profunzimea hipnozei	Punctele acordate (scor)	Manifestări obiective
Nonsusceptibil	0	
Stare hipnoidă	2	relaxare musculară
	3	tremurul pleoapelor

<i>Profunzimea hipnozei</i>	<i>Punctele acordate (scor)</i>	<i>Manifestări obiective</i>
	4	închiderea ochilor
	5	relaxare fizică totală
Transă ușoară	6	catalepsia pleoapelor
	7	catalepsia membrelor
	10	catalepsia rigidă
	11	anestezie în mână (anularea sensibilității numai în anumite zone ale mâinilor)
Transă medie	13	amnezie (uitare parțială)
	15	anestezie posthipnotică
	17	modificări în sfera personalității
	18	reacție la sugestii posthipnotice simple
Tranșă profundă (de tip somnambolic)	20	distorsiuni perceptive (iluzii; halucinații)
	21	capacitate de a deschide ochii fără a afecta transa
	23	sugestii posthipnotice bizare care sunt acceptate de subiect
	25	comportament de tip somnambolic
	26	halucinații vizuale pozitive* posthipnotice
	27	halucinații auditive posthipnotice
	28	amnezie posthipnotică sistematică
	29	halucinații negative vizuale și auditive
	30	hiperestezii (accentuarea sensibilității)

* Halucinațiile pozitive se referă la perceperea unor obiecte, persoane, situații inexistente în realitate, în timp ce halucinațiile negative caracterizează situația în care obiectele ori situațiile prezente nu sunt percepute de către subiect.

La ora actuală, în domeniul hipnozei clinice și experimentale se utilizează cel mai frecvent scalele de hipnotizabilitate Stanford (autori Weitzenhoffer și Hilgard, 1957, 1959, 1962) și Harvard (autori Shor și Orne, 1962). Redăm în tabelul de mai jos itemii (probe) comparativi ai susceptibilității hipnotice dintre scalele Stanford (forma A) și Harvard (Hilgard, 1971):

Itemii susceptibilității hipnotice în cazul scalelor Stanford și Harvard (după Yapko, 1995)

<i>Itemii (probe) aplicați Scala Stanford (forma A)</i>	<i>Scala Harvard</i>	<i>Criteriul de notare a rezultatelor după scala Harvard</i>
1	2	3
oscilația corpului	căderea capului	capul subiectului se apleacă în urma sugestiilor măcar cu 10 cm
închiderea ochilor	idem	ochii subiectului se închid în urma administrării sugestiei, înainte ca experimentatorul să ceară în mod expres acest lucru
coborârea brațului	idem	în urma sugestiilor administrate, brațul coboară complet
imobilizarea brațului	idem	subiectului i se dau sugestii că brațul nu se poate ridica; el nu ridică brațul mai mult de 2–3 cm
blocarea degetelor	idem	i se sugerează că degetele sunt încheștate unele în altele; nu reușește să desfacă degetele atunci când i se cere
rigiditatea brațului	idem	i se sugerează că brațul este rigid; nu reușește să îndoia brațul mai mult de câteva grade

Itemii (probe) aplicați Scala Stanford (forma A)	Scala Harvard	Criteriul de notare a rezultatelor după scala Harvard
1	2	3
apropierea palmelor	idem	i se sugerează că palmele se apropie; se cotează atunci când palmele nu sunt mai apropiate de 10 cm la terminarea probei
inhibarea comunicării	inhibarea comunicării (i se sugerează că nu poate să miște capul în semn de NU)	nu poate mișca capul
halucinație pozitivă (i se sugerează că aude bâzâitul unei muște)	idem	semne evidente cu privire la efect (face mișcări ca și cum ar dori să alunge musca)
catalepsia pleoapelor	idem	ochii rămân închiși chiar când i se sugerează să încerce să-i deschidă.
sugestia posthipnotică	i se sugerează că atinge glezna	face măcar unele mișcări observabile ca și cum ar dori să atingă glezna
amnezia posthipnotică	idem	reproduce cel mult trei probe (sau mai puțin) de care își amintește că ar fi fost realizate în timpul hipnozei

Scalele de testare a gradului de hipnotizabilitate se utilizează, de regulă, mai mult în scopuri experimentale. Clinicienii se mulțumesc să testeze receptivitatea la hipnoză a pacienților lor folosind probe izolate (teste de sugestibilitate) din cadrul acestor scale, probe de tipul celor descrise la capitolul consacrat inducției hipnotice.

1.6. Diferențele individuale în ceea ce privește susceptibilitatea hipnotică

Una dintre problemele care i-au preocupat mult pe cercetători și clinicieni se referă la faptul că nu toți oamenii sunt capabili să intre în hipnoză în aceeași măsură.

Așa cum am mai subliniat, cooperarea din partea subiectului este absolut necesară pentru obținerea transei hipnotice. Cu toate acestea, există subiecți care cooperează în totalitate, dar se tem să fie hipnotizați și, din acest motiv, nu reușesc decât în mică măsură să intre în această stare, în timp ce alții intră rapid și cu multă ușurință într-o transă profundă. Marea majoritate a oamenilor sunt moderat hipnotizabili și pot trăi aproape toate fenomenele sugerate dacă sunt îndrumați de către un hipnoterapeut cu experiență. Hipnoterapeuții contemporani sunt de părere că între relaxare și transa hipnotică există un continuum și, din această perspectivă, relativ puțini subiecți pot fi considerați nehipnotizabili. O altă întrebare care se pune se referă la stabilitatea susceptibilității. Există persoane mai hipnotizabile într-o zi și mai puțin hipnotizabile în alta, sau care reacționează mai bine la un terapeut și mai puțin, sau deloc, la un altul?

Au fost efectuate o serie de cercetări experimentale în această problemă, concluziile majorității autorilor conducând la ideea că hipnotizabilitatea este o particularitate stabilă a persoanei, relativ puțin influențabilă de împrejurări. Astfel, nu au fost găsite diferențe în ceea ce privește susceptibilitatea hipnotică în cazul în care hipnoterapeutul era bărbat sau femeie, tânăr sau vârstnic, renumit sau mai puțin experimentat (Hilgard ș.a., 1960, 1965). Această stabilitate a hipnotizabilității se explică prin aceea că fenomenul depinde în foarte mare măsură de capacitățile imaginative ale persoanei, precum și de abilitatea acesteia de a suspenda pentru un timp testarea realității, specifică stării de veghe. Așa cum am subliniat mai sus, cercetările experimentale au condus la elaborarea mai multor scale de susceptibilitate hipnotică. Toate aceste scale sunt alcătuite dintr-o serie de subteste (itemi) care măsoară comportamentul hipnotic. Unele dintre subteste sunt trecute de majoritatea oamenilor (se cere, de pildă, subiectului să-și imagineze că o greutate îi trage brațul în jos), în timp ce altele sunt deosebit de dificile (se sugerează persoanei că este atacată de un țânțar și se așteaptă reacția acesteia).

În urma aplicării unor scale de acest tip s-a constatat faptul că scorul de susceptibilitate se modifică într-o foarte mică măsură, chiar dacă subiecții sunt testați în locuri diferite și de către persoane diferite. Singurele deosebiri se observă la prima testare, când scorurile sunt ceva mai mici datorită noutății situației; însă, pe măsură ce subiecții se obișnuiesc cu proba și devin conștienți de faptul că hipnoza este un fenomen inofensiv și chiar plăcut, scorurile au tendința de a se ridica și încep să reflecte în mod real nivelul hipnotizabilității. S-au efectuat și încercări de antrenare a gradului de hipnotizabilitate, dar rezultatele au fost nesemnificative, fapt ce a condus la ideea că hipnotizabilitatea reflectă anumite particularități de bază ale personalității umane.

As, Hilgard și Weitzenhoffer (1963) au ales un eșantion cu scoruri medii la scala de hipnotizabilitate Stanford (forma A) și au încercat prin diverse metode să mărească gradul de hipnotizabilitate (discuții menite să modifice atitudinea subiecților față de hipnoză, utilizarea unor tehnici diferite de inducție hipnotică etc.). Rezultatele obținute fiind slabe, autorii au ajuns la concluzia că inducția hipnotică, așa cum este ea măsurată cu ajutorul scalelor Stanford, are o stabilitate relativă. Încercările de antrenare a hipnotizabilității nu trebuie confundate cu anumite cercetări de psihologie socială, care vizează mai ales conformismul sau capacitatea subiecților de a accepta cooperarea. În această categorie se înscriu studiile lui Spanos și ale colaboratorilor săi, care au avut la bază definirea hipnozei mai ales în termenii dorinței subiectului de a coopera și mai puțin în cei ai unei experiențe de natură subiectivă (Gibson și Heap, 1991, p. 36).

Antrenamentul hipnotizabilității propus de acești autori seamănă mai mult cu învățarea subiecților cum să răspundă la testele de inteligență, situație în care scorul obținut nu mai este cel real. Această constatare are implicații pentru terapie, deoarece se poate desprinde concluzia că pacienții trebuie acceptați ca atare, terapeutul investigând disponibilitățile acestora și construind demersul pornind de la nivelul real al hipnotizabilității persoanelor investigate. Mai mult, hipnoterapeuții clinicieni au observat că se pot obține succese psihoterapeutice și într-o transă ușoară, în autohipnoză sau doar într-o simplă stare de relaxare.

- **Diferențe de vârstă în ceea ce privește hipnotizabilitatea**

Încă din anul 1980, Bernheim a constatat faptul că mai mult copii sunt mai susceptibili la hipnoză comparativ cu adulții. Acesta afirma

că „de îndată ce sunt capabili să înțeleagă, copiii pot fi, de regulă, foarte ușor și rapid hipnotizați” (Bernheim, 1986/1973, p. 2). Morgan și Hilgard (1973) au investigat 1 232 de subiecți între 5 și 44 de ani și au ajuns la concluzia că nivelul cel mai înalt al hipnotizabilității este atins între 9 și 12 ani, apoi valorile scad odată cu vârsta. Pe măsură ce copiii cresc, mai ales în culturile orientate tehnologic, aceștia se dezvoltă tot mai mult în direcția testării realității, în detrimentul fanteziei. Hipnotizabilitatea și așa ridicată a copiilor se manifestă și mai evident atunci când hipnoterapeutul alege o tehnică de inducție hipnotică adecvată vârstei subiectului.

- **Susceptibilitatea hipnotică și diferențele de sex**

La o trecere în revistă a studiilor referitoare la diferențele de sex în ceea ce privește hipnotizabilitatea se remarcă prezența unor prejudecăți ce influențează atitudinile și convingerile legate de această problemă. Liébault (citad de Bramwell, 1903) a constatat că femeile sunt semnificativ mai hipnotizabile decât bărbații, concluzie la care a ajuns și Hull în 1933.

Studiile mai recente au evidențiat faptul că aceste rezultate sunt artificiale și au la bază stereotipul social conform căruia femeile au fost considerate mai supuse și mai sugestibile, în sensul negativ al termenilor respectivi. Acest stereotip negativ legat de femei își are originile în experimentele lui Charcot, psihiatru francez care postula o legătură între hipnotizabilitate și isteria feminină.

Hilgard (1965) nu a constatat diferențe între cele două sexe în ceea ce privește hipnotizabilitatea, iar Gibson (1977) a ajuns, la rândul său, la constatări similare. Gibson (1977) afirmă și faptul că autorii care au identificat astfel de diferențe nu au lucrat pe un număr suficient de subiecți, ceea ce a făcut ca rezultatele lor să nu fie semnificative din punct de vedere statistic.

2. Teorii explicative ale hipnozei

A) Teoria fluidului vital. Cea mai veche încercare de explicare a hipnozei aparține lui Mesmer, care susține că la baza hipnozei se află „magnetismul animal”, un fel de fluid care curge din corpul hipnotizatorului în cel al subiectului. Medicina din perioada res-

pectivă a infirmat această ipoteză, deși a fost nevoită să accepte realitatea clinică a fenomenului hipnotic. Cercetările moderne de laborator, realizate cu ajutorul metodei electronografice, au pus în evidență existența unui biocâmp ce înconjoară organismele vii și pe care unii specialiști îl explică printr-o concentrare masivă de microparticule de apă la nivelul pielii ce modifică, prin prezența lor, unele caracteristici ale organismului. Nu a putut fi însă evidențiată până în prezent vreo legătură directă între existența acestui câmp și producerea fenomenului hipnotic.

B) *Hipnoza — fenomen psihopatologic specific isteriei.* Cunoscutul psihiatru francez Charcot considera receptivitatea hipnotică drept o caracteristică proprie doar persoanelor isterice, deci ca pe un fenomen patologic. El presupunea că, atunci când indivizii își recapătă echilibrul, ei nu mai pot fi hipnotizați. Studiile ulterioare au arătat însă că subiecții normali sunt de cele mai multe ori mai hipnotizabili decât bolnavii psihici.

C) *Hipnoza și somnul.* Mulți autori au susținut ideea asemănării dintre hipnoză și somn (chiar termenul de hipnoză provine de la cuvântul grecesc *hypnos* — somn). Această teorie se bazează pe faptul că persoana hipnotizată părea ca și adormită (relaxată, inactivă, de cele mai multe ori cu ochii închiși).

Cunoscutul fiziolog rus Pavlov consideră că inhibiția, somnul și hipnoza fac parte din aceeași categorie de fenomene. După opinia sa, în timpul hipnozei, pe scoarța cerebrală aflată în inhibiție se mențin unele focare de veghe, pe baza cărora este posibilă legătura dintre subiect și hipnotizator, subiectul fiind capabil să execute comenzile date de acesta.

Dar nici datele clinice, nici cele experimentale nu au confirmat ipoteza conform căreia hipnoza ar fi totuna cu somnul. Astfel, s-a demonstrat că un individ aflat în stare de hipnoză mai profundă poate fi activ în funcție de conținutul sugestiilor care i se administrează (ține ochii deschiși, se mișcă, execută diferite acțiuni complexe).

Nici din punct de vedere fiziologic, reacțiile din timpul hipnozei nu seamănă cu cele din timpul somnului. Undele cerebrale din hipnoză sunt specifice stării de veghe relaxată (unde alfa), în vreme ce somnului îi sunt specifice unde mai lente. Studiile EEG au demonstrat că un individ este cu atât mai hipnotizabil cu cât are unde alfa mai bine reprezentate. Pe aceste date se bazează cei care consideră hipnoza o relaxare mai profundă.

D) *Hipnoza și teoria rolului.* Această teorie aparține lui Sarbin (cf. Marcuse, 1959), care consideră fenomenul hipnotic drept interpretarea unui rol (acela de persoană hipnotizată). Se accentuează ideea că individul hipnotizat se comportă așa cum crede el că trebuie să se comporte o persoană aflată în hipnoză, în conformitate cu propriile idei despre hipnoză și cu indicațiile hipnotizatorului, identificându-se cu rolul. Această încercare de explicare psihosocială a hipnozei se bazează în mare măsură pe faptul că a fost găsită o corelație semnificativă între hipnotizabilitate și aptitudinile actricești.

Gheorghiu (1977) arată însă că teoria rolului înlocuiește o metaforă — cea de „transă hipnotică” — cu o altă metaforă — cea de „rol” —, fără ca prin aceasta să explice esența fenomenului investigat. Nu pot fi explicate mai ales diferențele interindividuale în ceea ce privește hipnotizabilitatea, și anume de ce unii subiecți se transpun până la uitarea de sine în rolul de persoană hipnotizată, iar alții nu reușesc decât foarte puțin sau deloc.

Teoria rolului nu poate explica nici modul în care se efectuează o operație de chirurgie majoră în stare de hipnoză, în absența unor substanțe anestezice și nici modul în care se realizează transpunerea în rol în cadrul fenomenelor de autohipnoză. De asemenea, cu ajutorul acestei teorii nu se poate explica nici faptul că unii subiecți care doresc din tot sufletul să fie hipnotizați și cunosc foarte bine rolul de persoană hipnotizată nu răspund totuși la hipnoză.

E) *Hipnoza și teoriile învățării* (Hull, 1953; Weitzenhoffer, 1953). Această teorie evidențiază posibilitatea comportamentului hipnotic pe baza învățării (condiționării unor deprinderi de a intra în transă). Autorii ei susțin că deprinderile hipnotice seamănă cu cele de tipul cufundării în lectură sau cu deprinderile de a trăi intens aventuri imaginare, insistând mult asupra importanței imitației în cadrul comportamentului hipnotic. După cum se poate lesne observa, și această teorie este insuficientă, ea marginindu-se mai curând să descrie modul în care se structurează comportamentul hipnotic decât să explice mecanismele profunde ale acestuia.

F) *Hipnoza și psihanaliza.* Au existat încercări de a explica ceea ce se întâmplă cu subiectul aflat în hipnoză și prin intermediul conceptelor specifice psihanalizei. Astfel, mulți autori consideră transa hipnotică un fenomen regresiv, de întoarcere a subiectu-

lui la trăiri specifice vârstelor copilăriei. În stare de transă hipnotică, subiectul poate obține o serie de beneficii secundare, care i-ar rămâne inaccesibile în stare de veghe (își permite libertăți pe care altfel nu și le-ar putea permite).

Se subliniază importanța raporturilor de subordonare dintre subiect și hipnotizator, pe care psihanalistii le aseamănă cu cele dintre părinte și copil. Astfel, conform acestei teorii, în cadrul hipnozei paterne, hipnotizatorul este identificat cu figura autoritară a tatălui, în timp ce în cadrul hipnozei materne hipnotizatorul preia rolul protector al mamei. Toți psihanalistii încearcă să stabilească o analogie între fenomenul hipnotic și dragostea în accepțiune erotică, insistându-se pe fenomenele de tip transferențial care apar între subiect și hipnotizator. Astfel, Gill și Brenman (1947) explică hipnoza prin intermediul regresiei și transferului. Psihanaliza modernă consideră hipnoza o regresie parțială în slujba Eului (Kris, 1952).

Hilgard susține că și această explicație a manifestărilor hipnotice este insuficientă, neacoperind toată aria de manifestări specifice. Dificil de elucidat prin prisma conceptelor psihanalitice ar fi și fenomenele de autohipnoză. Dacă, în ceea ce privește explicația teoretică, psihanaliza pare să nu fi adus prea multe lucruri noi, îmbinarea practică dintre hipnoză și psihanaliză — hipnoanaliza — s-a dovedit o metodă utilă în terapie.

G) Teorii eclectice ale hipnozei. Aceste teorii combină, în explicarea hipnozei, elemente aparținând unor teorii diverse. Astfel, Shor (cf. Gheorghiu, 1977), autorul teoriei tridimensionale a hipnozei, consideră că hipnoza, ca stare modificată de conștiință, trebuie înțeleasă ținându-se seama de trei elemente:

- tendința subiectului de a juca rolul de persoană hipnotizată (conform teoriei rolului);
- profunzimea transei hipnotice;
- actualizarea unor aspecte arhaice, regresive, implicate în conduita hipnotică.

Deși elementele aparținând mai multor orientări se completează reciproc, nici în cadrul teoriei tridimensionale nu se poate spune precis cum se explică diferențele individuale în ceea ce privește profunzimea transei atinse de subiect.

H) Teoria comportamentală în problema hipnozei. Această teorie, aparținând lui Barber și colaboratorilor săi, pune accentul, în explicarea hipnozei, pe comportamentul subiectului în situația expe-

rimentală, insistând asupra rolului factorilor motivație, atitudine, expectație în producerea unor reacții concordante cu cele sugerate. El susține că subiecții trăiesc fenomene asemănătoare cu cele de tip hipnotic și în următoarele situații:

- când au atitudini, motivații și expectații favorabile față de situația-test;
- când li se spune să-și imagineze sugestiile experimentatorului.

Deci atitudinile pozitive ar fi cele care determină subiectul să răspundă bine la sugestiile hipnotizatorului.

Barber și Hahn (1962) au demonstrat experimental că analgezia sugerată prin imagini administrate în stare de veghe a produs o creștere a rezistenței la durere (în situații experimentale), asemănătoare cu cea indusă prin hipnoză, evidențiindu-se aceleași reacții la măsurătorile fiziologice concomitente. Experimentatorii susțin, pe baza unor date de acest tip, că noțiunile de transă și hipnoză nu mai sunt necesare în explicarea hipersugestibilității și a performanțelor așa-zisului „comportament hipnotic”. Răspunsurile la sugestiile directe și performanțele asociate în mod tradițional cu termenul de hipnoză pot fi incluse în cadrul unui concept mai general pe care autorii îl denumesc „motivația pentru îndeplinirea sarcinii” (Barber și Calverley, 1962).

Deci ceea ce se înțelege în mod tradițional prin hipnoză nu constituie, conform acestei teorii, decât o manifestare mai accentuată a receptivității la sugestii. O obiecție la această interpretare ar putea-o reprezenta faptul că, dacă fără utilizarea unei inducții hipnotice se obțin fenomene asemănătoare cu cele hipnotice, aceasta nu înseamnă în mod obligatoriu că avem de-a face cu situații identice, motivarea pentru sarcină producând un comportament complezent care îl mimează pe cel hipnotic, dar nu se identifică cu acesta (Gheorghiu, 1977). De asemenea, este greu de presupus că o operație de chirurgie majoră ar putea fi realizată fără anestezice, doar creând pacientului motivații și atitudini pozitive.

I) Teoria disocierii personalității și teoria funcționării diferențiate a celor două emisfere cerebrale. În anul 1973, Hilgard se referea pentru prima oară la conceptul de „observator ascuns”, discutând unele fenomene care se petrec în timpul hipnozei. Termenul a izvorât din interpretarea unor date experimentale referitoare la controlul durerii prin hipnoză, experimente în urma cărora a rezultat că în timpul hipnozei durerea dispare din punct de

vedere subiectiv, dar componentele ei fiziologice persistă; în același timp, subiectul înregistrează durerea la nivelul de care este responsabil „observatorul ascuns” (subiectului aflat în hipnoză i se cere să introducă mâna în apă cu gheață și să spună dacă simte sau nu durerea. Experimentatorul constată surprins că acesta relatează verbal că nu simte durerea, în timp ce, cu cealaltă mână, el scrie automat că o simte).

O explicație posibilă pentru acest fenomen ar fi aceea a disocierii psihologice între diversele substructuri ale personalității. Strâns legată de această ipoteză a disocierii psihice ar putea fi și interpretarea care corelează fenomenele hipnotice existente cu cele două emisfere cerebrale. În ultimii ani, hipnoza a fost definită și ca o comutare la nivelul emisferelor cerebrale, ea constând în activarea emisferei drepte și dezactivarea celei stângi. Această definiție pare să aibă la bază argumente valide, deoarece se manifestă prin modificări ale percepției spațiului și a timpului, ale proceselor cognitive (logică și capacitate de testare a realității mai reduse, mai multă sugestibilitate, creativitate, toleranță la ambiguitate), prezența altor forme de prelucrare a informației (procesare simultană și paralelă, în loc de procesare liniară), toate aceste fenomene fiind caracteristice funcționării prioritare a emisferei cerebrale drepte.

Totuși, deoarece localizarea cerebrală exactă a multor funcții psihice este încă discutabilă, Unestähl (1987) consideră că este încă prematur să definim hipnoza ca o comutare la nivel emisferic. Autorul citat propune, în schimb, utilizarea a două modalități distincte de funcționare a conștiinței: modul dominant (D) și modul alternativ (A), acesta din urmă fiind responsabil de fenomene și manifestări printre care se pot include și cele de tip hipnotic (și de care pare să fie mai curând responsabilă funcționarea emisferei cerebrale drepte).

Modurile conștiinței (după Unestähl, 1987)

Modul dominant (D)	Modul alternativ (A)
LOGICĂ	INSIGHT
gândire analitică	sinteză
testarea realității	automatism
tactică planificare	sugestibilitate

Modul dominant (D)	Modul alternativ (A)
strategii	sensibilitate
evaluare	intuiție
simț critic	evaluarea liberă a informației
analiza detaliilor	feedback pozitiv
instrucțiuni verbale	apreciere globală
controlul voluntar	vizualizare
gândirea evenimentelor trecute și viitoare	imagini kinestezice
linearitate temporală	controlul prin autoprogramarea scopurilor
procesele seriale	trăire în prezent
determinarea verbală a comenzilor	procesele cognitive paralele
încercări	înțelegere nonverbală
eforturi	metafore
	modelare
stare normală de conștiință	stare alternativă de conștiință

Se constată faptul că această interpretare plasează fenomenele hipnotice alături de cele de creație, intuiție sau meditație. Yapko (1995) subliniază faptul că majoritatea teoriilor asupra hipnozei se referă doar la unele aspecte ale acesteia, fără a putea explica fenomenul în toată complexitatea sa. Cel mai bine conturate teorii sunt următoarele:

1. Hipnoza reprezintă un fenomen disociativ.

Partizanii acesteia pornesc de la premisa că în cadrul psihicului uman funcționează mai multe sisteme cognitive care în mod normal acționează sinergic sub o comandă centrală. În timpul hipnozei, sistemele integrate se disociază unele de altele, într-o măsură mai mare sau mai mică, și pot reacționa în mod independent furnizând răspunsuri pe mai multe nivele la sugestiile hipnoterapeutului (Hilgard, 1977, 1979, 1986, 1991; Bowers și Davidson, 1991; Evans, 1991).

2. Hipnoza ca fenomen regresiv.

Aceasta presupune revenirea la modalități mai primitive de procesare cognitivă primară, concomitent cu accentuarea relației transfe-rențiale față de hipnoterapeut considerat drept o figură autoritară de tip arhetipal (figură parentală) (Nash, 1987; Fromm, 1992).

3. Hipnoza ca relaxare.

Relaxarea fizică și cea psihică sunt considerate surse din care derivă fenomene cum ar fi regresia sau disocierea (Edmonston, 1977, 1981, 1991). Această teorie are la bază și faptul că atât în relaxare, cât și în hipnoză modelul undelor cerebrale este asemănător: unde alfa, de veghe relaxată.

4. Hipnoza ca fenomen sociocognitiv.

Autorii care susțin această teorie afirmă că hipnoza nu reprezintă un fenomen specific, ci depinde de contextul social în care se desfășoară și este definită ca atare de către participanți (Kirsch, 1991; Spanos, 1991a, 1991b; Wagstaff, 1991).

5. Hipnoza ca o stare de pasivitate a subiectului.

Potrivit abordării tradiționale cu caracter autoritar, clientul era considerat un subiect pasiv care permite clinicianului să-i ghideze experiențele, fără a i se opune în niciun fel. Astfel, subiectul devine un fel de receptacul pasiv pentru sugestiile autoritare ale terapeutului. Incapacitatea clientului de a răspunde sugestiilor directe venite din partea terapeutului este considerată de acești autori ca fiind un semn de rezistență (Weitzenhoffer, 1989).

6. Hipnoza ca joc de rol.

Sarbin și Coe (1972) și Coe și Sarbin (1991) abordează, la rândul lor, hipnoza dintr-o perspectivă sociocognitivă, considerând că hipnoza ca realitate distinctă nici nu există, iar fenomenul respectiv se manifestă doar atunci când cineva este dispus să joace rolul de subiect hipnotizat, fără ca aceasta să presupună că el se află la alt nivel de conștiință. Mai precis, persoana se comportă așa cum crede că ar trebui să se comporte un subiect hipnotizat, răspunzând la sugestiile hipnoterapeutului.

Această teorie are la bază cercetări asupra unor grupuri de subiecți dintre care unii au fost hipnotizați, iar alții au primit indicația să si-

muleze hipnoza. Comportamentul subiecților a fost evaluat de către experți în hipnoză care, de cele mai multe ori, nu i-au putut depista pe simulanți. Un contraargument împotriva acestei teorii ar putea fi acela că este greu de presupus că un simulant nu ar reacționa dacă ar fi supus unei intervenții chirurgicale sub hipnoză.

7. Hipnoza ca stare modificată de conștiință (Tart, 1969; Fromm, 1992).

Din această perspectivă, transa hipnotică este considerată drept o stare de conștiință modificată, diferită de cea de veghe (normală). Starea de transă este produsă în mod artificial, prin intermediul procesului de inducție hipnotică, ce modifică experiențele subiective ale clientului datorită focalizării atenției produse în urma sugestiei. Această teorie a întrunit un număr mare de adepți pentru că este cunoscut faptul că în hipnoză oamenii pot realiza anumite lucruri pe care nu le pot face în stare de veghe.

8. Hipnoza ca proces de reducere a „testării realității”.

Prin „testarea realității” se înțelege fenomenul de obținere a unor feedbackuri de la stimuli exteriori proveniți din mediu. În hipnoză, acest proces este mult diminuat datorită focalizării atenției asupra unui anumit stimul (intern sau extern); clientul, nemaifiind distras de ambianță, va putea să accepte o altă realitate subiectivă sugerată care, la rândul său, va determina reacțiile sale emoționale și comportamentale (Shor, 1959; Lynn și Rhue, 1991).

9. Hipnoza ca fenomen de condiționare.

Cuvintele și gesturile reprezintă stimuli condiționați, purtători ai unei anumite semnificații atribuite de subiect în funcție de experiențele anterioare dobândite prin învățare. Din acest motiv, în cadrul comunicării hipnotice eficiente, subiecții interpretează și reacționează în modul lor personal la sugestiile terapeutului (Bandler și Grinder, 1975; Grinder și Bandler, 1976; Lankton, 1979).

10. Hipnoza din perspectivă interacțională.

În abordările tradiționale, hipnoza era considerată o acțiune pe care hipnoterapeutul o întreprinde asupra pacientului, în timp ce, în abordarea permissivă ericksoniană, responsabilitatea fenomenului hipnotic se împarte între terapeut și client, amândurora revenindu-le

obligăția să fie atenți și să coopereze unul cu celălalt. Terapeutul, pentru a avea succes, trebuie să fie receptiv la nevoile clientului, adaptându-și demersurile în funcție de acestea în așa fel, încât clientul să fie, la rândul său, receptiv față de posibilitățile de schimbare sugerate de terapeut. Privită în acest mod, hipnoza devine o relație de interdependență, în care fiecare dintre cei doi parteneri se lasă ghidat și ghidează la rândul său (Erickson, Rossi și Rossi, 1976; Erickson și Rossi, 1979; Zeig, 1991).

Abordarea interacțională pune accent pe receptivitatea și respectul pe care trebuie să îl acorde terapeutul clientului pentru ca psihoterapia să fie încununată de succes. Desigur, pentru ca fenomenul hipnotic să se producă, nu este obligatoriu ca această condiție să fie respectată, așa cum se întâmplă în cazul hipnozei de estradă.

11. Hipnoza din perspectiva biologică.

Legătura strânsă dintre corp și psihic, legătură foarte evidentă în cazul hipnozei, a condus la formularea teoriei biologice care caută să explice receptivitatea la hipnoză. Spiegel și Spiegel (1987) sunt de părere că la baza fenomenului hipnotic stau relațiile dintre cele două emisfere cerebrale. Rossi (1982, 1991) se referă la existența unui ciclu biologic natural în cadrul căruia alternează concentrarea atenției cu relaxarea acesteia, la fiecare 90 până la 150 de minute pe o perioadă de 24 de ore. Acest ritm circadian de alternare a concentrării cu relaxarea atenției se află la baza fenomenului hipnotic.

Watzlawick (1978) consideră că hipnoza reprezintă o consecință a asimetriei cerebrale, în timpul transei activându-se emisfera cerebrală dreaptă care este responsabilă de procesarea de tip global ce stă la baza unor manifestări cum ar fi creativitatea, intuiția, empatia, imaginația etc. În același timp, activitatea emisferei cerebrale stângi, responsabilă de activitatea rațională, este estompată.

3. Fenomene ce pot fi induse în cursul hipnozei (Yapko, 1995)

Aceste fenomene, unele dintre ele cu caracter spectaculos sau cel puțin neobișnuit, își găsesc numeroase aplicații în utilizarea terapeutică a hipnozei.

1. Regresia de vârstă

Implică utilizarea intensivă și experiențială a proceselor memoriei.

Tehnica presupune fie sugerarea întoarcerii în timp și retrăirea unor experiențe trecute cu o intensitate atât de mare, încât parcă se produc „aici și acum” („retrăire”, „imersiune”), fie, pur și simplu, sugestia administrată subiectului de a-și reaminti anumite experiențe și de a le prezenta cât mai în detaliu (hipermnezie). În cazul „retrăirii”, subiectul este profund implicat emoțional în experiența respectivă, el simțindu-se ca și cum experiența s-ar produce atunci; în schimb, în cazul hipermneziei, el se află ancorat în prezent, în timp ce își amintește cu lux de amănunte o anumită situație (Edgette și Edgette, 1995).

Regresia de vârstă reprezintă o tehnică ce permite clientului să se întoarcă în timp, într-un trecut mai apropiat sau mai îndepărtat, pentru a accesa niște amintiri uitate sau reprimite ale unor evenimente semnificative și pentru „a lucra” terapeutic asupra acestora, în vederea obținerii unor noi concluzii (Weitzenhoffer, 1989; Spiegel, 1993).

Yapko (1995) afirmă că regresia de vârstă implică două tipuri de strategii.

Prima strategie presupune utilizarea regresiei de vârstă pentru a dezgropa experiențele timpurii negative, cu caracter psihotraumatizant. Obiectivul acestei strategii constă în a-l ajuta pe client să se elibereze de stările emoționale negative asociate cu experiențele respective și să-și modifice atitudinea față de acestea, renunțând la modalitățile distructive de reacție care au efecte asupra existenței actuale.

Acest obiectiv poate fi atins atât prin intermediul „retrăirii” („imersiunii”), cât și prin hipermnezie, terapeutul fiind cel care decide cât de adâncit în experiența respectivă sau cât de detașat trebuie să fie subiectul în cauză.

A doua strategie, care este compatibilă cu prima, constă în utilizarea regresiei de vârstă pentru a scoate la iveală resursele și disponibilitățile latente ale subiectului, resurse care au fost utilizate în trecut și care nu funcționează în prezent, și aceasta în dezavantajul clientului. De cele mai multe ori, oamenii dispun de resurse psihologice și disponibilități latente de a căror existență nu sunt conștienți, regresia de vârstă ajutându-i să le actualizeze. În felul acesta, clientul va redescoperi în trecutul său personal abilități și experiențe care îl vor ajuta să facă față într-un mod mai eficient dificultăților existenței (Lankton și Lankton, 1983; Edelstein, 1986;).

Orice model de comunicare care îl ajută pe client să se întoarcă în trecut poate fi utilizat pentru obținerea regresiei de vârstă. Clientul va fi ghidat să-și utilizeze imaginația pentru a accesa experiențele trecute. Se pot utiliza imagini sugestive ale unor „vehicule” ale întoarcerii în timp (tren, avion, vapor, „mașina timpului”) cu ajutorul cărora subiectul se va deplasa către perioada dorită. Aceste „vehicule” reprezintă modalități artificiale, concrete și contextuale, menite să restructureze experiența clientului și, pentru ca tehnica să funcționeze, este necesară furnizarea unui număr cât mai mare de detalii („îți imaginezi că te urci într-un avion care te întoarce în timp, te întoarce tot mai mult în timp... până la vârsta de X ani”).

Regresia de vârstă se poate realiza și indirect, prin intermediul unor întrebări care îl orientează pe client în direcția unor experiențe trecute („Poți să-ți amintești cât de bine te-ai simțit când ai reușit la examenul de admitere la liceu?”). Astfel, clientul va declanșa niște procese de căutare interioară pentru a-și aminti acele evenimente care îl ajută să furnizeze răspunsurile așteptate de către terapeut. O astfel de căutare interioară poate începe prin evocarea în plan cognitiv a unor amintiri, după care, întrebări formulate cu abilitate îl vor ghida pe client să se scufunde în situația evocată și s-o re trăiască plenar, ca și cum ar fi actuală.

Pentru a conferi regresiei de vârstă un caracter mai puțin amenințător, clinicianul o poate facilita descriind experiențe personale sau aparținând altor persoane.

Alte tehnici de inducere a regresiei de vârstă (Yapko, 1995):

- prin realizarea unor punți afective sau psihosomatice prin intermediul cărora stările emoționale sau conștientizările actuale sunt conectate cu perioada când aceste stări afective sau conștientizări au apărut pentru prima oară („Pe măsură ce continui să fii conștient de acest sentiment uitat pe care l-ai descris, te întorci în timp și îți amintești de perioada când el a apărut pentru prima oară...”);
- prin dezorientarea temporală în cadrul căreia se administrează sugestii cu caracter confuz care au menirea de a-l reorienta pe client dinspre etapa „acum” către „atunci”;
- prin alternarea regresiei cu progresia de vârstă, în cadrul căreia clientul este la început orientat spre viitor, unde își va aminti cele petrecute în trecut. Această tehnică este menită să creeze clientului o mai mare detașare față de experiențele trecute tra-

umatizante („te afli undeva în viitor și de acolo îți privești cu alți ochi și îți analizezi trecutul...” (Erickson, 1954; Watkins, 1971; Gilligan, 1987; Hammond, 1990).

2. Progresia de vârstă

Presupune sugerarea faptului că subiectul se proiectează în viitor unde își imaginează consecințele schimbărilor produse, integrează noi semnificații descoperite la niveluri mai profunde, de unde își poate reconsidera existența dintr-o nouă perspectivă.

Progresia de vârstă poate fi utilizată în două moduri:

- pentru a verifica efectele intervenției terapeutice, respectiv în ce măsură acestea sunt de durată și au produs o modificare în stilul de viață al clientului (Erickson, 1954; Havens, 1986; Philips și Frederick, 1992);
- ca intervenție psihoterapeutică directă (de pildă, un pacient cu fobie de câini își poate imagina, după aplicarea unei tehnici de desensibilizare, că se confruntă cu animalul respectiv fără a simți anxietate).

La fel ca și în cazul regresiei de vârstă, progresia se poate realiza prin metode directe (sugerarea faptului că utilizează un vehicul spațial pentru a se deplasa în viitor, că vizionează un film sau citește o carte în care se vorbește despre ceea ce se petrece în viitor) sau indirecte.

Metodele directe utilizează:

- metaforele: „Aș dori să-ți povestesc despre o clientă care și-a imaginat cum va arăta peste trei luni de la ședințele în care am făcut exact ce facem noi acum, și atunci când s-a proiectat în viitor ea a descoperit că...”;
- sugestii intercorelate: „Mi-ar plăcea să mă uit în jur și să mă întreb ce se va întâmpla în viitor, atunci când tu vei fi în stare să privești în urmă și să apreciezi schimbările pozitive pe care le-ai realizat...”;
- sugestii administrate sub forma unor supoziții: „Mă întreb unde te vei afla și cu ce te vei ocupa atunci când vei constata cu plăcere că nu ai mai fumat de mult timp...”;
- întrebări sugestive intercorelate: „Poți să-mi spui cum vei descrie prietenilor tăi modul în care ți-ai rezolvat problema?”

Aceste abordări demonstrează modalitatea în care este ghidat clientul pentru a-și construi un montaj mental care să conțină expectații

pozitive pentru viitor (de Shazer, 1978; Lazarus, 1984; Yapko, 1988, 1992; Hammond, 1990; Torem, 1992).

3. *Amnezia.*

Presupune sugerarea faptului că subiectul aflat în hipnoză va uita la nivel conștient anumite instrucțiuni sau experiențe trăite. Sugerarea uitării în plan conștient va permite mentalului inconștient să utilizeze în mod creativ experiența hipnotică, realizând ceea ce această instanță trebuie să facă. Amnezia poate fi utilizată și pentru a alunga din conștiință amintirile dureroase.

Yapko (1995) este de părere că în astfel de situații amnezia nu trebuie sugerată decât după ce s-a realizat o anumită procesare terapeutică (catharsis) asupra respectivelor amintiri. Amnezia nu apare în mod automat după orice transă hipnotică, așa cum se crede în mod obișnuit; clientul care este motivat să-și amintească anumite experiențe sau sugestii administrate o va putea face (Erickson și Rossi, 1974; Zeig, 1985).

Mai mult decât în cazul altor fenomene hipnotice, amnezia poate fi obținută mai greu prin intermediul unor sugestii directe, pentru că sugerarea faptului că subiectul va uita tot ce s-a petrecut în cursul ședinței de hipnoză poate „sună” amenințător. În cazul în care se adoptă o strategie directă, este indicat ca modul de construire a sugestiilor să fie mai puțin amenințător.

Abordările indirecte pot îmbrăca o varietate de forme, dintre care amintim sugestiile indirecte ca atare, comutarea atenției și confuzia (Hilgard, 1968; Cooper, 1979; Zeig, 1985; Evans, 1986).

4. *Analgezia și anestezia*

Analgezia și anestezia se situează pe un continuum care presupune diminuarea sensibilității corporale dureroase. Analgezia presupune sugerarea reducerii durerii în condițiile perpetuării unor senzații asociate (temperatură, presiune, senzații legate de poziția diverselor părți ale corpului etc.), fapt ce menține orientarea subiectului în raport cu corpul propriu. Anestezia presupune eliminarea completă sau aproape completă a sensibilității din tot corpul sau dintr-o zonă a acestuia. Capacitatea de a reduce durerea în limite suportabile reprezintă o particularitate a ființei umane și este considerată una dintre cele mai importante aplicații ale hipnozei clinice.

Yapko (1995) este de părere că pacienții care suferă dureri sunt persoane cu care este în același timp foarte ușor de lucrat pentru că sunt

puternic motivate să fie ajutate, dar și subiecți foarte dificili, pentru că durerea le-a afectat toate sectoarele existenței. Terapeutul care abordează o astfel de cazuistică trebuie să dea dovadă de foarte multă sensibilitate pentru că durerea presupune totodată anxietate, depresie, sentimente de neajutorare, dependență crescută, precum și restrângerea contactelor sociale. Chiar și durerea care prezintă cauze organice bine precizate are componente psihologice ce țin de modul în care o trăiește subiectul în cauză și de consecințele acesteia.

Hipnoza acționează mai ales asupra componentelor psihologice ale durerii (teamă, anxietate, sentimente de neajutorare, precum și expectațiile negative ale subiectului), dar și asupra componentelor fiziologice ale acesteia.

Utilizarea hipnozei în combaterea durerii este importantă din următoarele motive:

- hipnoza contribuie la creșterea autocontrolului subiectului, diminuând sentimentele de neajutorare;
- cu ajutorul hipnozei se poate reduce sau chiar elimina medicația analgezică, medicație care are o serie de efecte secundare și care produce dependență. Hipnoza nu are efecte secundare și nici nu creează dependență. Reducerea durerii cu ajutorul hipnozei se realizează la diverși subiecți în grade diferite, dar indiferent de nivelul acestei reduceri, ea are loc pe căi naturale;
- hipnoza contribuie la funcționarea subiectului la un nivel mai subtil, punând în acțiune și disponibilitățile latente de vindecare;
- expectațiile de bunăstare psihică, senzația de confort, precum și reducerea anxietății reprezintă, la rândul lor, factori care facilitează procesul de vindecare sau măcar întârzie degradarea fizică și psihică a subiectului (Crasilneck și Hall, 1985; Brown și Fromm, 1986, 1987; Chaves, 1989, 1993).

În unele cazuri, analgezia se produce spontan în timpul hipnozei deoarece clientul este profund absorbit de experiențele pe care le trăiește. Asociată cu catalepsia (inhibiția mișcărilor voluntare), analgezia caracterizează într-o oarecare măsură persoana hipnotizată care este mai puțin conștientă de corpul său. Se poate spune că orice metodă care presupune comutarea atenției de la senzațiile corporale are efecte analgezice indirecte. Clientul poate fi învățat prin exersare să-și distragă atenția de la stimulul dureros și să se concentreze asupra

unor gânduri pozitive, imagini sau amintiri plăcute, stări afective benefice etc..

Abordarea directă a analgeziei implică sugestii directe de reducere sau dispariție a sensibilității într-o anumită zonă a corpului. Una dintre tehnicile frecvent utilizate este cea a anesteziei „în mână”: subiectului i se sugerează anestezia la nivelul unei mâini (de regulă cea dominantă), apoi „senzația” este transferată în oricare altă parte a corpului. Analgezia se poate realiza și prin sugerarea disocierii între corp și psihic, fiecare componentă desfășurându-și existența în alt plan. Alte modalități de inducere a analgeziei:

- sugerarea amneziei față de perioadele dureroase. Se utilizează mai ales în cazul în care subiectul trebuie să urmeze proceduri medicale dureroase și repetate;
- sugerarea reducerii gradate a durerii, care descrește treptat, la anumite intervale de timp;
- pseudoorientarea în timp, prin care clientul este proiectat în viitor (progresie de vârstă), într-o perioadă în care procesul patologic s-a încheiat;
- regresia de vârstă într-o perioadă anterioară apariției durerii (Erickson, 1966; Barber, 1977; Barber și Adrian, 1982; Erickson, 1983; Hammond, 1990; Hilgard și Hilgard, 1994).

5. Catalepsia

Catalepsia este definită ca o inhibiție a mișcărilor voluntare, asociată cu o concentrare intensă a atenției asupra unui stimul specific. Cu cât clientul este mai concentrat asupra sugestiilor administrate de terapeut, cu atât el va manifesta o reacție de tip cataleptic mai amplă. Reacția cataleptică include: fixitatea privirii, imobilitate posturală, iar pentru subiecții aflați în hipnoză profundă, „flexibilitate ceroasă” (se poate imprima membrilor orice poziție pe care o stabilește terapeutul), asociată cu un comportament catatonie (subiectul menține un timp îndelungat poziții incomode ale membrilor), rigiditate musculară, mișcări involuntare, precum și încetinirea unor procese psihofiziologice cum ar fi ritmul respirator, cardiac, reflexele de clipit sau înghițit.

Simptomele catalepsiei pot constitui indicatori ai prezenței unei transe profunde, dar pot fi induse și în mod deliberat, din rațiuni terapeutice. Catalepsia reprezintă un fenomen specific pentru hipnoză, fenomen care se asociază direct sau indirect cu orice manifestare de

tip hipnotic. Catalepsia este rezultatul focalizării atenției asupra unei realități diferite, care îndepărtează subiectul de realitatea concretă, făcând posibilă apariția unor fenomene cum ar fi: regresia de vârstă, analgezia, distorsionările senzoriale etc.

Catalepsia poate fi indusă direct, în scopuri terapeutice (de pildă, pentru persoanele la care este necesară limitarea mișcărilor pentru o recuperare motorie mai rapidă) sau poate avea ca obiectiv facilitarea demersului hipnoterapeutic general (prin focalizarea accentuată a atenției asupra unui stimul este stimulată activitatea independentă a instanțelor psihice de natură inconștientă). Orice stimul care captează puternic atenția clientului poate facilita apariția unui răspuns de tip cataleptic: o povestire captivantă, surpriza, șocul sau confuzia (Rossi, 1973; Bloom, 1990).

Sugerarea catalepsiei poate avea loc direct sau indirect, prin sugestii verbale sau nonverbale. Metodele verbale constau în administrarea unor sugestii de relaxare și imobilitate posturală, în timp ce o tehnică nonverbală ar putea fi cea a modelării, prin intermediul căreia terapeutul trece treptat de la o comunicare animată, bazată pe rutine conversaționale, la o stare de relaxare și imobilitate, inducându-i clientului starea de transă (Erickson, 1983, 1985; Gilligan, 1987).

6. Disocierea

Disocierea este definită drept capacitatea de a descompune experiența psihologică în părțile sale componente, amplificând conștientizarea unei experiențe concomitent cu diminuarea conștientizării altei experiențe. Din păcate, majoritatea clinicienilor nu cunosc decât aspectele patologice ale fenomenelor disociative, ignorându-le pe cele normale, care au aplicații în hipnoterapie.

În cadrul disocierii realizate prin intermediul hipnoterapiei, mentalul conștient va fi prea ocupat de un stimul anume asupra căruia s-a concentrat atenția subiectului, în timp ce mentalul inconștient va fi liber să desfășoare activitățile pe care le crede de cuviință. Cu cât starea hipnotică este mai profundă, cu atât gradul de disociere este mai mare și cu atât subiectul va avea mai multe posibilități să proceseze la nivel inconștient, generând răspunsuri automate, spontane: se pot actualiza amintiri uitate, se poate produce levitația unui braț, subiectul poate rămâne într-o poziție imobilă (Hilgard, 1986; Cardena și Spiegel, 1991; Spiegel, 1993).

Sugestiile de disociere propun mentalului conștient să se concentreze asupra unui stimul, în timp ce mentalul inconștient este încurajat să realizeze altceva și să acumuleze experiențe, făcând abstracție de conștiință.

Sugestiile directe de disociere îi permit clientului să descopere că este probabil să trăiască simultan experiențe care se desfășoară la mai multe niveluri și că aceste experiențe au un caracter spontan și automat. În mod indirect, disocierea se produce prin sugerarea oricărui fenomen hipnotic, ea putând fi indusă prin intermediul metaforelor, confuziei sau prin orice tip de alte sugestii cu caracter indirect.

7. Halucinațiile și modificările senzoriale

Halucinațiile sunt percepții fără obiect care pot să apară și la subiecți normali, în urma inducției hipnotice. Acestea pot să fie pozitive, când subiectul percepe un obiect sau o persoană care nu este prezentă, și negative, situație în care un obiect prezent nu este perceput ca atare.

Prin sugerarea unor halucinații, terapeutul modifică parametrii conștientizării senzoriale, situație în care clientul va percepe lumea într-un mod diferit, facilitând activarea unor resurse interioare cu caracter adaptativ. În timpul inducției hipnotice, halucinațiile pot să apară și spontan. De regulă, sugerarea unei halucinații se realizează prin intermediul unor sugestii directe.

În mod indirect, sugerarea faptului că pacientul este conștient de prezența brațului său drept poate reprezenta o sugestie indirectă că nu își simte piciorul (Erickson, Rossi, și Rossi, 1976; Bandler și Grinder, 1992).

8. Reacțiile ideodinamice

Reprezintă răspunsuri automate care se pot declanșa la nivel motor, senzorial și afectiv (termenul de ideodinamic provine de la transformarea unei „idei” într-o acțiune; în mod concret avem de-a face cu reacții ideomotorii, ideosenzoriale și ideoafective). Aceste reacții sunt declanșate de instanțele de natură inconștientă, ca răspuns la stimuli interni sau externi.

II Inducția hipnotică

1. Indicații pentru realizarea unei comunicări hipnotice eficiente

(Yapko, 1995)

1. Sugestiile terapeutice trebuie să fie simple și ușor de înțeles.

Cu excepția celor construite special pentru a produce confuzie, sugestiile clare și simple îi permit clientului să se lase „dus” de hipnoză fără a analiza, a interpreta sau a critica la nivel conștient ceea ce se petrece. Cu cât sugestiile sunt mai complicate, cu atât clientul trebuie să facă apel la mentalul conștient pentru a le înțelege și, cu cât nivelul conștient este mai activ, cu atât e mai limitat accesul la zonele inconștiente, ceea ce nu este în avantajul hipnozei.

2. Demersul hipnotic este mai eficient dacă se utilizează limbajul clientului.

Cuvintele reflectă stări psihice cu caracter subiectiv și din acest motiv, chiar dacă mai mulți oameni utilizează aceleași cuvinte, nu înseamnă că trăiesc aceleași experiențe.

În cazul în care terapeutul va „traduce” spusele clientului în limbajul său propriu și apoi va comunica prin intermediul acestuia, va genera, aproape sigur, o lipsă de înțelegere între cei implicați în demersul terapeutic.

3. Terapeutul trebuie să solicite clientului să-și exprime trăirile în termeni experiențiali.

Este important ca pacientul să-și descrie cu lux de amănunte experiențele, pentru că, recurgând la câteva cuvinte simple, nu poate furniza suficiente informații în legătură cu ceea ce simte. Cu cât descrierea acestora este mai detaliată, cu atât terapeutul are mai multe șanse de a realiza o intervenție adecvată.

4. Construirea sugestiilor utilizând predominant timpul prezent și într-un mod pozitiv.

În general, sugestiile trebuie să fie exprimate la timpul prezent și să se refere la ceea ce simte persoana. În structurarea sugestiilor hipnotice trebuie să se realizeze conexiunea dintre ceea ce se petrece „aici și acum” cu ceea ce se așteaptă în viitor, ca în exemplul de mai jos:

„Pe măsură ce trăiești starea X, vei începe să realizezi comportamentul (să simți starea Y)”.

Terapeutul va căuta să obțină cât mai multe informații referitoare la starea actuală a clientului său, pentru a realiza cât mai bine conexiunile cu starea care se dorește în viitor. Subliniem, de asemenea, necesitatea de a formula sugestiile în termenii gândirii pozitive, acestea trebuind să sugereze ce anume poate să facă persoana, și nu ceea ce nu poate (Grinder și Bandler, 1981; Hammond, 1990).

5. Clientul trebuie încurajat și susținut prin întăriri pozitive.

Aceste feedbackuri pozitive au menirea de a conduce clientul în așa fel, încât acesta să conștientizeze forța și resursele sale interne latente pe care le-a ignorat până atunci (Erickson și Rossi, 1979; Hammond, 1990). Astfel, clientul va trebui să-și asume responsabilitatea propriilor trăiri și să-și dea seama că are puterea să controleze, dacă nu evenimentele existenței, măcar reacțiile sale față de acestea.

6. Comunicarea terapeutică trebuie să utilizeze modalitatea senzorială dominantă a clientului.

Așa cum subliniază Bandler și Grinder (1979), inițiatorii programării neurolingvistice (PNL), oamenii culeg, stochează și procesează informația în acord cu stilul lor personal, care presupune operarea într-o modalitate senzorială dominantă: vizuală, auditivă sau kinestezică.

În cazul în care terapeutul va identifica modalitatea senzorială favorită a clientului, acesta va trebui să adapteze comunicarea și să uti-

lizeze respectiva modalitate senzorială, făcându-se astfel mai bine înțeles și acceptat de către pacient.

Informațiile referitoare la modalitatea senzorială preferată pot fi obținute prin observarea atentă a modului în care se exprimă clientul, mai ales a predicatelor pe care acesta le folosește. Astfel, dacă terapeutul dorește să orienteze clientul în direcția vizuală, el va trebui să utilizeze o terminologie în care să fie prezenți termeni care se referă la experiențe vizuale.

„Imaginează-ți că te afli la mare, pe plajă... caută să vezi cât mai clar marea, valurile, linia orizontului, siluetele îndepărtate ale vapoarelor... admiră imaginea razelor de soare care se reflectă în apa mării... vezi nisipul galben, oamenii care se relaxează în vacanță... cerul albastru, cu nori albi...”

În cazul în care terapeutul dorește să sugereze o experiență auditivă, el poate transmite următorul mesaj:

„Eu nu știu ce îți spui atunci când vorbești cu tine însuși prin intermediul gândurilor tale..., dar acest dialog interior joacă un rol însemnat în ghidarea experiențelor tale... și ar fi foarte bine dacă te-ai auzi spunându-ți în gând lucruri bune, care să te facă să ai mai multă încredere în tine...”

Modalitatea kinestezică se referă atât la stări afective, cât și la senzații kinestezice:

„Atunci când îți amintești de o experiență plăcută, retrăiești sentimentul minunat de a fi iubită... simți aprecierea din partea prietenului tău... și sentimentul este atât de puternic, încât parcă prinde contur, parcă îl poți atinge... și această plină experiență emoțională va fi mereu prezentă în tine și îți va da forță pentru întreaga viață”.

Yapko (1995, p. 86) este de părere că, în măsura în care terapeutul focalizează atenția clienților asupra unor aspecte pe care aceștia nu le remarcă în mod obișnuit, demersul psihoterapeutic va fi mai bine apreciat de aceștia.

7. Clientului i se vor furniza doar acele informații care sunt absolut necesare.

Terapeutul va trebui să informeze clientul în legătură cu ceea ce se va petrece în cursul ședinței de hipnoză, evitând însă să-i explice în detaliu aspectele referitoare la tehnica pe care o va utiliza, pentru a-l împiedica să dezvolte rezistențe pe baza analizării și criticării tehni-

cii aplicate. Mai mult, o tehnică sugestivă deconspirată nu va mai funcționa ca atare.

8. Pacientului trebuie să i se acorde un timp suficient pentru a reacționa.

Oamenii sunt în general tentați să aprecieze desfășurarea evenimentelor conform ritmului propriu. În hipnoză, dacă terapeutul procedează astfel, el va putea să periclitizeze comunicarea cu pacientul. De aceea, el nu trebuie să-l oblige pe client să reacționeze atunci când crede că ar fi necesar, lăsându-l să reacționeze în ritmul său personal.

9. Terapeutul trebuie să solicite permisiunea clientului dacă dorește să-l atingă.

Atingerea reprezintă un gest de intimitate, o intruziune în lumea personală a clientului, și acesta o poate percepe ca pe o violare a teritoriului său, mai ales dacă a avut experiențe negative de acest gen. Un alt motiv pentru care nu este indicat ca terapeutul să-l atingă pe pacient fără permisiune îl constituie faptul că subiectul aflat în tranșă are atenția orientată spre interior, iar o atingere neașteptată l-ar reorienta spre lumea exterioară.

10. Administrarea unor mesaje anticipatorii.

Acestea reprezintă afirmații prin intermediul cărora terapeutul îl informează pe client în legătură cu intențiile sale, pentru ca pacientul să nu fie luat prin surprindere. Astfel, pacientul se va simți în siguranță și nu va fi nevoit să acorde atenție tuturor acțiunilor terapeutului, o asemenea analiză conștientă fiind în detrimentul hipnozei.

Mesajele anticipatorii reprezintă formulări simple în legătură cu ceea ce urmează să se petreacă: „curând eu voi...”. Aceste mesaje sunt necesare deoarece este foarte dificil pentru un subiect hipnotizat să fie în același timp în stare de alertă și relaxat.

11. Tonul și ritmul vocii terapeutului trebuie să fie în concordanță cu intențiile sale.

O voce tensionată este improprie pentru a sugera o stare de relaxare. O altă incongruență ar consta în inducerea hipnozei pe un ton de conversație. Cele mai bune rezultate se obțin dacă vocea hipnoterapeutului este caldă, blândă, cu modulații adecvate în funcție de sugestiile administrate.

12. Realizarea unor conexiuni între sugestii.

Bandler și Grinder (1979) se referă la acțiunile de „pacing” (intrarea terapeutului în rezonanță cu clientul) și „leading” (ghidarea acestuia în direcția dorită). Erickson și Rossi (1979) subliniază importanța acceptării și a utilizării a tot ceea ce face subiectul în timpul hipnozei.

Yapko (1995) vorbește de procedeul de conectare a sugestiilor (lanțuri de sugestii), prin intermediul căruia terapeutul va stabili o punte de legătură între ceea ce face subiectul și ceea ce se dorește ca el să facă, după modelul: „Pe măsură ce realizezi X, vei experimenta starea Y” („Faptul că stai relaxat pe fotoliu și ascuți vorbele mele îți va permite să-ți simți brațul drept tot mai greu, din ce în ce mai greu”). Aceste conexiuni asigură continuitatea demersului hipnotic.

Hammond (1990) și O'Hanlon (1995) afirmă că exprimarea din cadrul procedurilor de inducție hipnotică reprezintă „un coșmar” pentru filologi, în timp ce pentru subiectul aflat într-o stare modificată de conștiință este foarte ușor de urmărit.

13. Sugestiile cu caracter mai general sunt mai eficiente decât cele foarte precise.

Astfel, este mai probabil ca un subiect să reziste unei sugestii de tipul „brațul tău drept devine tot mai cald” decât unei sugestii mai vagi, cum ar fi: „Observă ce modificare de temperatură apare într-unul din brațele tale...”.

Inducția hipnotică reprezintă procedeul prin care se realizează tranșa hipnotică. Aceasta presupune concentrarea asupra unui obiect de dimensiuni mici, de regulă strălucitor, asupra unei anumite zone a corpului (de exemplu punctul dintre sprâncene), asociată cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolență.

Hartland (1971) distinge **trei faze ale inducției hipnotice**: a) faza de pregătire; b) inducția hipnotică propriu-zisă; c) faza de adâncire a transei.

(a) În faza de pregătire a inducției hipnotice, terapeutul trebuie să explice subiectului în ce constă hipnoza, ce se așteaptă de la el și ce efecte poate avea aplicarea acestei tehnici. Se insistă mai ales asupra avantajelor pe care le are hipnoza în eliminarea unor simptome de care subiectul vrea să scape. Este necesar ca terapeutul să-l asigure pe pacient că nu are de ce să-i fie frică și că va trăi

experiențe agreabile. Subiecții anxioși trebuie interogați de către terapeut asupra fricii lor și încurajați s-o depășească. De exemplu, în cazul unui subiect care se teme că ar putea fi manipulat de terapeut, este necesar să i se explice că el nu-și va pierde starea de conștiință și că, dacă dorește, va putea ieși oricând din transa hipnotică. În această fază de pregătire i se cere pacientului să fie cât mai pasiv și să nu încerce să-l ajute sau să se opună terapeutului. Se precizează că este interesul lui să beneficieze de avantajele hipnozei și că, dacă nu vrea să fie hipnotizat, ar fi mult mai bine să se adreseze altui specialist. În continuare i se dă subiectului indicația de a nu-și analiza starea, de a nu încerca să afle ce e cu el. El trebuie doar să respecte instrucțiunile terapeutului.

- b) Faza de inducție hipnotică propriu-zisă cuprinde comportamentele impuse de terapeut subiectului, la care se adaugă ceea ce spune și face terapeutul. Inducția hipnotică presupune distragerea de la stimulii perturbatori externi, concentrarea asupra unui obiect de dimensiuni mici și asupra spuselor terapeutului, sugerarea relaxării și a somnolenței, stimularea jocului liber și a imaginației.

După Kubie și Margolin (cit. Hartland, 1971), inducția hipnotică ar avea trei componente: 1) sugerarea imobilității; 2) fixarea privirii; 3) administrarea de stimuli monotoni.

După Gil și Brenman, în astfel de situații terapeutul:

- 1) contribuie la sărăcirea stimulărilor senzoriale ale subiectului prin limitarea mișcărilor corporale;
- 2) încearcă să altereze imaginea rezultată ca urmare a conștientizării corporale a subiectului;
- 3) sugerează un fel de proces de disociere, focalizând atenția subiectului asupra mișcărilor proprii, astfel încât unele mișcări care, de regulă, se produc în mod involuntar devin voluntare;
- 4) sparge tiparul relațiilor adaptative normale ale subiectului, creând un fel de atmosferă magică.

În inducția hipnotică, terapeutul are la dispoziție două strategii speciale:

- 1) o strategie de privare senzorială;
- 2) o strategie care dezvoltă un tip de relație interumană specifică între terapeut și pacient, relație cu un profund conținut transferențial.

2. Selecția, evaluarea și pregătirea clienților pentru hipnoză și testarea gradului de hipnotizabilitate

Linden (2001) subliniază faptul că stabilirea relației dintre client și terapeut în cadrul hipnoterapiei reprezintă un demers care cuprinde patru etape:

1. Evaluarea problematicii clientului (interviul clinic)

La ora actuală un număr tot mai mare de clienți se prezintă la cabinetele de psihologie solicitând o intervenție cu ajutorul hipnozei. Aceștia fac parte din mai multe categorii.

Unii clienți prezintă simptome sau probleme care pot fi tratate cu ajutorul hipnozei, cum ar fi tulburările de stres, aspecte legate de combaterea și controlul durerii sau aducerea la nivelul conștiinței a unor conflicte sau conținuturi refutate, generatoare de tulburări psihice sau psihosomatice. Marea majoritate a acestor clienți dețin suficiente cunoștințe de specialitate referitoare la beneficiile hipnozei sau ale altor tehnici înrudite cum ar fi relaxarea, meditația sau tehnica imaginației (imageriei) dirijate, deși există și clienți care nu sesizează asemănarea dintre acestea din urmă și hipnoză.

O altă categorie sunt clienții care nu cunosc nimic despre hipnoză și avantajele acesteia sau manifestă rezistență față de aplicarea ei. Rezistențele pot proveni din mai multe surse: prejudecăți de natură culturală sau religioasă (Marcun, 1994), teama de necunoscut sau de relația cu terapeutul, despre care cred că îi va putea controla în totalitate.

Există și clienți care solicită hipnoza sub diverse pretexte (să abandoneze fumatul sau să slăbească), evaluarea clinică aprofundată punând în evidență cu totul alte probleme psihologice. În astfel de cazuri, abilitățile de diagnostician ale hipnoterapeutului sunt poate la fel de importante precum cele de inducție a hipnozei. Atunci când se pune problema aplicării hipnozei nu trebuie să uităm faptul că pacientul reprezintă un partener de discuție cu care trebuie analizată oportunitatea aplicării acestei strategii terapeutice.

Atât particularitățile clientului, cât și cele ale terapeutului reprezintă variabile importante pentru succesul demersului hipnoterapeutic (Rhue, Lynn și Kirsch, 1993), deși acceptarea hipnozei de către client pare să joace rolul dominant (Murray-Jobsis, 1993, p. 430).

Într-o primă etapă, terapeutul va culege informații referitoare la problema prezentă, va întreprinde demersuri pentru stabilirea relației terapeutice, va evalua în ce măsură hipnoza reprezintă demersul cel mai potrivit pentru client și va evalua motivația acestuia pentru schimbare. Hipnoterapeutul, mai ales dacă nu este medic, va trebui să se informeze în legătură cu toate investigațiile medicale realizate anterior începerii hipnoterapiei. Acest lucru este și mai important atunci când clientul solicită intervenția hipnotică pentru probleme cum ar fi cefaleea, insomnia sau durerile în zona spatelui, care pot avea o etiologie de tip organic și pot necesita tratamente medicamentoase sau chirurgicale (Olness și Libbey, 1987). În astfel de situații, hipnoza poate conduce la amânarea stabilirii diagnosticului, la mascarea simptomelor sau chiar la alterarea condiției medicale a clientului.

Astfel, de pildă, un subiect cu nivel înalt de hipnotizabilitate poate solicita hipnoza pentru reducerea durerii la nivelul unui genunchi. Acesta nu va mai simți durerea, va solicita piciorul, iar după câteva zile starea clientului se va agrava, radiografia evidențiind o fisură sau o ruptură de ligamente. Putem afirma astfel că nu hipnoza reprezintă un demers periculos, ci evaluarea eronată a terapeutului referitoare la utilitatea aplicării acesteia. Terapeutul va trebui să se informeze și cu privire la eventualele experiențe anterioare pe care clientul le-a avut cu hipnoza sau tehnici înrudite (relaxare, meditație, imaginație dirijată). Sunt necesare date referitoare la profunzimea transei, la efectul sugestiilor administrate, precum și la succesul sau insuccesul obținut în urma aplicării acestor metode. Feedbackurile obținute de la client vor fi utile pentru formarea setului de expectații pozitive, adaptarea intervenției terapeutice la nevoile clientului, precum și la corectarea concepțiilor eronate referitoare la astfel de metode, mai ales în cazurile în care clienții au avut experiențe negative.

Un alt element important în cadrul evaluării realizate de hipnoterapeut se referă la obținerea de informații privind traumele suferite de client în antecedente. Studiile clinice au evidențiat faptul că traumele și conflictele reprimate pot ieși la suprafață în urma aplicării hipnozei, care destructurează sau măcar slăbește mecanismele de apărare ale Eului (Fromm, 1980). Mai mult, este cunoscut faptul că unele probleme curente pot avea la bază conflicte și psihotraume neconștientizate, iar legătura dintre aceste simptome și vechile traume poate fi activată cu ajutorul hipnozei. Traumele pot fi de natură fizică (ac-

cidente rutiere, fracturi, spitalizări de durată mai lungă) sau psihică (pierderea unei persoane apropiate, abandonul sau neglijarea).

Terapeutul clinician trebuie să fie foarte atent pentru a nu sugera clientului elemente legate de posibile traume, mai ales atunci când se pune problema unor presupuse abuzuri fizice sau sexuale care au avut loc în copilărie. Terapeutul va trebui să evalueze atât motivația conștientă, cât și pe cea inconștientă pentru terapie și să țină seama de aceasta atunci când elaborează planul demersului terapeutic. Este util ca pacientul să fie întrebat ce anume îl aduce la cabinet sau ce s-ar întâmpla dacă problema sa ar fi deja rezolvată. În cazul în care motivația este slabă sau lipsește, un plan eficient de terapie va trebui să includă și strategii de creștere a motivației.

Odată cu demersul terapeutic, a început și s-a realizat un consens în ceea ce privește aplicarea hipnozei, aceasta din urmă putând fi utilizată atât pentru evaluarea, cât și pentru creșterea motivației. Astfel, de pildă, metoda semnelor ideomotor poate fi utilizată pentru identificarea factorilor care sabotează motivația. De asemenea, sugestiile de întărire a Eului pot fi utilizate și pentru redarea speranței clientului.

Hipnoza poate fi aplicată la o gamă largă de probleme din domeniul medicinei, al stomatologiei și al psihoterapiei, fie ca metodă prioritară de tratament, fie ca strategie ajutătoare. Există și situații când hipnoza poate fi aplicată și fără o pregătire prealabilă a subiectului, cum ar fi în cazurile de urgență referitoare la traumatisme fizice severe sau/și la combaterea durerii. Maniera în care clientul își prezintă problema este deosebit de importantă pentru hipnoterapeut, deoarece metafora-problemă poate deveni material pentru construirea metaforei-soluție.

2. Educarea clientului

Procesul de educare a clientului va trebui să țină seama de cunoștințele și de modul în care acesta înțelege hipnoza și are ca obiectiv construirea unor expectații pozitive (Coe, 1993). Kirsch, pe baza analizei unor date experimentale, a ajuns la concluzia că oricine este hipnotizabil dacă are expectații suficient de puternice (Rhue, Lynn și Kirsch, 1993, p. 89). În cadrul interviului preliminar, terapeutul va trebui să abordeze principalele prejudecăți și concepții eronate cu privire la hipnoză. Cele mai importante sunt următoarele (Linden, 2001, pp. 41-42):

- a. Hipnoza reprezintă un demers care se realizează asupra subiectului, care are un rol pasiv. Terapeutul deține puterea și

controlul total asupra clientului și poate întreprinde orice fel de demers asupra acestuia, ca în cazul chirurgului care realizează o intervenție chirurgicală. Este important să se explice faptul că orice hipnoză este de fapt o autohipnoză, terapeutul și clientul sunt parteneri egali.

- b. Hipnoza este sinonimă cu somnul și presupune suspendarea conștiinței sau amnezie.

„Nu m-ați hipnotizat, pentru că am auzit tot ce ați spus”, afirmă mulți clienți care se adresează cabinetului de psihoterapie.

Deși termenul de hipnoză provine de la termenul grecesc *hipnos* care înseamnă somn, clientului trebuie să i se explice că electroencefalograma demonstrează că în timpul hipnozei apar unde alfa, care sunt unde de veghe relaxată și nu unde specifice somnului. Se poate afirma mai curând că hipnoza reprezintă o stare asemănătoare cu cea trăită de subiect între somn și veghe.

- c. Transa hipnotică reprezintă un fenomen ireversibil.

Mulți clienți se tem de faptul că nu-și vor putea reveni din transă, prejudecată strâns legată de prima, și anume că terapeutul deține controlul total asupra clientului. Terapeutul va trebui să explice faptul că el nu este decât un ghid, clientul fiind cel care decide dacă să-l urmeze sau nu.

- d. Având putere deplină asupra clientului, terapeutul îi va putea controla în totalitate comportamentul, gândurile și voința. Unii clienți se tem că le vor fi violate normele morale, că vor spune sau vor face ceva inacceptabil în transa hipnotică.

Aceste prejudecăți își au originea mai ales în hipnoza de estradă, unde se realizează demonstrații cu rol de spectacol, fără a exista preocuparea pentru viața privată sau bunăstarea individului. Terapeutul clinician va trebui să-l informeze pe client asupra existenței codului deontologic al profesiei de hipnoterapeut și să-l ajute să realizeze distincția dintre hipnoza clinică și hipnoza de estradă.

Pentru a depăși aceste prejudecăți, terapeutul va trebui să insiste asupra faptului că orice hipnoză reprezintă o autohipnoză și să descrie fenomenul hipnotic prin prisma conceptelor de concentrare, focalizare a atenției, absorbție în situația imaginativă și disociere intrapsihică. Fenomenul de absorbție, sau așa-numita „transă cotidiană”, va fi exemplificat cu ajutorul unor exemple de activități automatizate cum ar fi, de pildă, șofatul și scrisul.

Focalizarea atenției și concentrarea vor fi comparate cu acele stări pe care le trăiește persoana în timpul rugăciunii, meditației, creației artistice, științifice sau în timpul lecturii unui roman pasionant. Starea de șoc pe care o trăiește persoana care a suferit un accident sau traumatism poate servi drept exemplu pentru fenomenele de tip disociativ. Clientului trebuie să i se explice și faptul că nivelul hipnotizabilității variază de la individ la individ, precum și faptul că, în anumite limite, această particularitate este antrenabilă.

3. Testarea hipnotizabilității

Un aspect important îl reprezintă faptul că există clienți cu scoruri slabe la scalele de hipnotizabilitate, care pot obține însă avantaje serioase din punct de vedere clinic în urma însușirii unor tehnici hipnotice, mai ales dacă sunt motivați și animați de expectații pozitive.

4. Însușirea tehnicilor de autohipnoză

Linden (2001) este de părere că succesul demersului terapeutic va fi mult mai mare dacă se realizează o separare între învățarea hipnozei și problema pentru care clientul s-a prezentat la cabinet. Astfel, de pildă, dacă un client s-a prezentat la cabinet pentru cefalee, acestuia nu i se vor administra sugestii specifice pentru reducerea simptomului până când nu și-a însușit principiile de bază ale relaxării și hipnozei, deoarece, altfel, clientul poate considera hipnoza un eșec dacă durerile de cap nu au dispărut de la început.

Contraindicațiile hipnoterapiei

Există foarte puține situații în care hipnoza nu poate fi aplicată, majoritatea acestora ținând de abilitățile și competențele terapeutului. Atunci când problema clientului nu intră în sfera de competență a terapeutului, acesta trebuie dirijat către un alt specialist. Cu toate acestea, există și condiții medicale și psihologice care se potrivesc mai puțin unei abordări hipnoterapeutice. Astfel, clienții cu sindroame psihoorganice deteriorative, depresivii cu potențial suicidal și schizofrenicii paranoizi nu se dovedesc buni candidați pentru hipnoză, cel puțin la începutul tratamentului.

De asemenea, atunci când hipnoza este utilizată într-un context psihodinamic, terapeutul va trebui să fie foarte atent la clienții cu Eu

fragil, tulburări de gândire, cu tulburare de tip borderline, aceștia putând suferi decompensări în urma aplicării hipnozei. Clienții paranoici sau paranoizi vor manifesta puternice sentimente de ostilitate la ideea că ar putea fi controlați de o altă persoană. De altfel, aceștia din urmă nici nu se adresează unor specialiști pentru obținerea unui ajutor psihologic.

O problemă aparte o reprezintă aplicarea hipnozei în justiție. Hipnoterapeutul clinician va trebui să respingă orice aplicare a hipnozei atunci când clientul (martorul) nu este capabil sau refuză să-și dea consimțământul în scris, sau atunci când sănătatea mintală, emoțională sau fizică a persoanei poate fi periclitată prin utilizarea hipnozei, sau când martorul nu are capacitatea de a percepe în mod realist evenimentele la care se face referire (Hammond, Garven, Mutter et al., 1994, p. 39).

Așa cum am mai subliniat, anularea fără discernământ a unei dureri organice poate conduce la complicații, deoarece boala somatică poate suferi o agravare. Clinicianul va fi cel care, pe baza abilităților și experienței sale, va decide dacă poate fi aplicată hipnoza și când anume trebuie să i se prezinte clientului principalele noțiuni despre aceasta.

Sugestibilitatea și comunicarea hipnotică eficientă

Specialiștii în psihologie socială, dar și practica evidențiază faptul că modul de a reacționa al unui individ se modifică datorită influenței altui individ, adesea sistematic și predictabil (Cialdini, 1985; Sherman, 1988). Reclama utilizează multe tehnici bazate pe sugestie pentru a determina pe cineva să cumpere un anumit produs. Tendința și deprinderea de a cumpăra este întărită pentru că în cadrul reclamei se spune cât de inteligenți, frumoși, masculini, atrăgători etc. sunt cei care utilizează produsul X și, în același timp, li se promite clienților un anumit grad de recunoaștere și apreciere în plan social.

Yapko (1995, p. 38) definește sugestibilitatea în sens larg ca reprezentând deschiderea de a accepta și de a răspunde la idei și informații noi. Odată acceptată, noua informație va putea, în funcție de valoarea sa subiectivă, să modifice experiențele interioare ale persoanei într-o măsură mai mare sau mai mică. Pacientul receptiv la psihoterapie este sugestiv pentru că dorește să-și însușească informații și

experiențe noi care să-l ajute să se elibereze de problemele sale. Majoritatea indivizilor nu sunt însă total necritici în acceptarea noilor informații, gradul lor de sugestibilitate fiind diferit.

Yapko (1995) realizează o diferențiere între sugestibilitate și credulitate, subliniind faptul că hipnoza nu îi face pe oameni creduli și lipsiți de simț critic.

Influența sugestivă care se manifestă în domeniul psihoterapiei în general, și al hipnozei în mod special, ține și de figura psihoterapeutului care este o persoană investită cu autoritate, pregătită să realizeze diagnoza și intervenția psihologică. Forța terapeutului nu ține atât de personalitatea acestuia, cât mai ales de atitudinea pacientului față de el (Diamond, 1984; Barber, 1991; Strauss, 1993).

Yapko (1995) subliniază faptul că există mai multe forme de putere: coercitivă (rezultată din capacitatea de a administra sancțiuni), bazată pe recompense (materiale și psihologice), legitimă (rezultată din poziția socială ocupată), derivată din calitatea de expert (bazată pe deținerea unor cunoștințe într-un domeniu) și carismatică (ținând de particularități ale personalității cum ar fi amabilitatea, căldura afectivă, abilități empatice etc.). Toate aceste tipuri de putere (poate într-o măsură mai redusă prima) interacționează în cadrul demersului psihoterapeutic. Ținând seama de aceste aspecte, psihoterapeutul va trebui să-și utilizeze puterea în mod nuanțat și dând dovadă de respect pentru pacientul său (Aronson, 1992; Frauman, Lynn și Brentar, 1993).

Relația hipnotică are la bază și alte trebuințe umane, cum ar fi cele de acceptare și de apartenență. Majoritatea pacienților care solicită ajutor psihologic se întreabă dacă, dezvăluindu-și temerile, îndoielile și imperfecțiunile, ei vor fi acceptați și agreați sau respinși și criticați de către terapeut. Pentru a-și satisface trebuințele de acceptare și apartenență, pacienții caută să-i facă pe plac terapeutului (comportamentele îmbracă o arie foarte largă, de la obținerea unor bune rezultate în cadrul terapiei până la oferirea unor mici cadouri) și se conformează sistemului de valori și stilului acestuia. De aceea, acordarea de recompense psihologice reprezintă un puternic instrument care sporește eficiența psihoterapiei.

Un alt element care influențează relația terapeut-client în cadrul hipnoterapiei îl reprezintă expectațiile celor implicați în relație. Poate că cel mai sugestiv termen pentru a descrie acest fenomen este cel de „profeție autoîmplinită” care postulează faptul că noi așteptăm ca un anumit lucru să se întâmple și ceea ce așteptăm să nu se întâmple

nu se va întâmpla, pentru că noi armonizăm în mod inconștient comportamentul cu expectațiile noastre. Astfel, ideile, atitudinile și opiniile unei persoane în legătură cu activitățile sale viitoare vor conduce experiențele prezente în direcția respectivă. Cu cât persoana investește emoțional mai mult în acele expectații, cu atât aceasta va fi mai puțin înclinată să trăiască experiențe subiective care să le contrazică (Zeig și Rennick, 1991; Torem, 1992; Coe, 1993).

Un alt element care trebuie avut în vedere atunci când vorbim despre sugestibilitatea umană se referă la nevoia de consistență internă și de armonizare psihică. Oamenii au tendința fie de a omite informațiile cu caracter contradictoriu, fie de a le reajusta până când se potrivesc unele cu altele. De asemenea, atunci când se simt nesiguri din cauza noutății sau ambiguității situațiilor, subiecții se vor adresa altora pentru a obține clarificări și, cu cât explicațiile se potrivesc mai mult cu propriile lor expectații, cu atât acestea vor fi acceptate mai ușor și la un nivel mai profund.

Nevoia de a reduce disonanța cognitivă (Festinger, 1957) poate să determine pe cineva să afirme că a beneficiat de pe urma unui serviciu medical sau psihologic pe care l-a plătit. Aceia care au investit bani, speranțe și timp într-o anumită activitate doresc cu disperare ca aceasta să aibă un rezultat cât de mic, pentru a-și justifica respectiva investiție. Problematika disonanței cognitive și a expectațiilor trebuie avută în vedere și atunci când clientul la psihoterapie se consideră un caz lipsit de speranță și se „străduiește” să demonstreze acest lucru chiar în dezavantajul său, devenind un pacient permanent al cabinetelor de psihoterapie, care nu poate fi ajutat de nimeni.

Nu există reguli precise pentru a realiza o comunicare psihoterapeutică eficientă. Ceea ce se potrivește unui client poate să nu se potrivească altuia. Unii pacienți doresc să li se spună exact ce au de făcut, în timp ce alții preferă să li se dea o indicație cu caracter general și să fie lăsați să se descurce singuri. De asemenea, la unii pacienți cresc expectațiile dacă sunt supuși unor încercări pentru a-și atinge obiectivele (se află, de pildă, pe lista de așteptare), în timp ce alții resping confruntarea cu cel mai mic obstacol.

Există pacienți care au nevoie de dovezi obiective pentru orice demers la care sunt supuși; unii sunt suspicioși, alții deschiși față de ideile care li se prezintă, în timp ce alții preferă să-și clarifice singuri confuziile. Pentru a exercita o influență eficientă, terapeutul trebuie să țină seama de gradul de sugestibilitate fiecărui pacient, descope-

rind care sunt nevoile și expectațiile sale și căutând să vină în întâmpinarea acestora. O variabilă semnificativă, care influențează eficiența comunicării de tip hipnotic, ține de modalitatea în care răspunde la mesaje mentalul conștient și inconștient. În cursul hipnozei sugestiile administrate sunt astfel structurate, încât să se adreseze instanțelor psihice inconștiente, în timp ce instanțele de natură conștientă sunt ocupate cu un alt tip de activitate. Cele două tipuri de instanțe au atât funcții distincte, cât și funcții comune, suprapunerile permițându-le să lucreze sinergic, în timp ce diferențele conduc la reacții de tip disociativ.

Mentalul conștient ne permite să ne dăm seama de ceea ce se petrece, să fim atenți la ceva, să analizăm, să judecăm, să concluzionăm și să luăm decizii. Multe dintre limitările pe care ni le impunem singuri țin de aspectele critice ale procesării de tip conștient. Mentalul inconștient reprezintă rezervorul tuturor experiențelor achiziționate de-a lungul vieții individului, informații și experiențe învățate, nevoi, trebuințe, deprinderi, modele de comportament. Spre deosebire de mentalul conștient, structurile inconștiente nu au un caracter rigid, analitic și limitativ, acestea răspunzând la comunicarea experiențială și operând cu metafore și simboluri într-o manieră mai globală (Brown, 1991; Ornstein, 1991). Pentru a utiliza în mod eficient hipnoza, este necesară transcenderea instanțelor critice de natură conștientă. Faptul că un individ nu-și dă seama că acumulează informații nu înseamnă că nu o face, informațiile stocate la nivel inconștient având aceeași forță sau chiar una mai mare comparativ cu cele conștiente. Mentalul conștient al unui client aflat în hipnoză va trece de la o idee la alta sau de la o imagine la alta, în timp ce structurile inconștiente continuă să recepționeze sugestiile administrate de hipnoterapeut și să reacționeze la acestea (Crawford, 1990; Dixon, Brunet și Laurence, 1990; Cheek, 1994).

Așa cum am mai precizat, în timp ce mentalul conștient se ocupă de analiza rațională a conceptelor, cel inconștient este preocupat de experiențe psihologice subiective. Astfel, comunicarea hipnotică se realizează multinivellar, sugestiile adresându-se simultan structurilor conștiente și celor inconștiente, unde se deschid noi perspective de înțelegere și actualizare a unor resurse latente (Bowers și Okman, 1992; Hilgard, 1992).

Faptul că informațiile pot fi transmise și procesate fără ca persoana să conștientizeze neapărat acest lucru alimentează multe din

temerile subiecților față de hipnoză, aceștia considerând că terapeutul le-ar putea transmite mesaje nocive. Persoanele care nutresc astfel de temeri nu au cunoștință de existența mecanismelor inconștiente de apărare ale Eului care acționează pentru a conserva stima de sine a subiectului și pentru a-l ajuta să evite conflictele intrapsihice. Mulți autori contemporani nu se mai referă la dualitatea conștient-inconștient, ci la lateralitatea cerebrală, respectiv la funcționarea emisferei cerebrale stângi și a celei drepte. Conform acestei interpretări, hipnoza presupune distragerea și ocuparea emisferei stângi cu anumite conținuturi de natură psihică, concomitent cu utilizarea resurselor ce țin de emisfera cerebrală dreaptă, la acest nivel operându-se cu material senzorial, descriptiv și emoțional.

Înainte de a trece la faza de inducție hipnotică propriu-zisă, terapeutul verifică gradul de sugestibilitate prin teste aplicate în stare de veghe. Menționăm câteva dintre acestea:

- a) *testul oscilației corpului;*
- b) *testul catalepsiei pleoapelor;*
- c) *testul încleștării degetelor.*
- d) *testul rigidității brațului.*

a) *Testul oscilației corpului.* Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator și să-și relaxeze toți mușchii (este indicat ca subiectul să poarte pantofi cu tocuri joase). Instrucțiunile care se administrează este următorul:

„Doresc să stai în picioare cu vârfurile apropiate. Închide ochii și relaxează-te. În câteva momente îți voi cere să-ți imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatele tău și vei simți cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ți fie teamă. Lasă-te dus, eu voi sta în spatele tău și te voi prinde... etc.”

Se consideră sugestiv acel subiect care are tendința de a cădea în direcția sugerată.

b) *Testul catalepsiei pleoapelor.* Subiectului, așezat într-o poziție comodă, i se administrează următoarele sugestii:

„Doresc să închizi ochii și să te relaxezi. Nu te teme, deocamdată nu te voi hipnotiza. Fii atent la vocea mea și relaxează-te. Pe măsură ce te relaxezi, pleoapele tale devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei constata că ți-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. Îți va fi foarte greu să deschizi ochii când ți se va spune să faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele și strâns lipite. Ochii

sunt atât de bine închiși, încât nu-i poți deschide. Încearcă să deschizi ochii”.

Dacă subiectul are dificultăți în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză.

c) *Testul încleștării degetelor.* I se cere subiectului să-și scoată inelele și i se administrează următorul instructaj:

„Doresc să-ți încleștezi degetele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei și strânge degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poți de tare. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele vei constata că degetele devin tot mai încleștate, tot mai strânse unele în altele, ca și cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleștate, tot mai strânse, tot mai încleștate, încât nu poți să le desfaci. Ți-e imposibil să le desfaci. Încearcă să-ți desfaci degetele, cu cât încerci mai mult cu atât reușești mai puțin... încearcă! Dar nu poți”.

Cu subiecții care nu pot desface degetele sau le desfac doar parțial se poate trece la inducția hipnotică.

d) *Testul rigidității brațului.* Subiectului așezat pe scaun i se dau următoarele instrucțiuni:

„Întinde brațul drept înainte, la înălțimea umărului (se demonstrează). Strânge pumnul, uită-te în ochii mei și imaginează-ți că brațul tău drept devine rigid, tot mai rigid, ca o bară de oțel. Brațul tău devine rigid, țeapăn, parcă ar fi o bară de oțel și știi că este imposibil să îndoi o bară de oțel așa cum este brațul tău. Brațul tău este rigid, tot mai rigid. Încearcă, dar nu poți”.

Ca și în cazul celorlalte teste de sugestibilitate, dacă subiectul nu poate îndoi brațul, terapeutul îl poate considera potrivit pentru hipnoză.

Înainte de inducția hipnotică, terapeutul trebuie să-i spună subiectului că închiderea ochilor nu este obligatorie pentru hipnoză. Mai ales în hipnoza profundă, subiectul poate rămâne cu ochii deschși. Uneori, subiectul aflat în hipnoză poate deschide spontan ochii fără un motiv special, dar el se află totuși în transă, iar pentru închiderea ochilor se dă o simplă comandă: „Închide ochii”. Se descriu subiectului experiențele pe care acesta trebuie să le trăiască, apoi sugestiile se dau la timpul prezent, ca și cum s-ar petrece chiar atunci, pe un ton monoton, repetitiv, blând. Când este evident că subiectul se află în hipnoză, se pot da sugestii într-o manieră mai autoritară.

Marlene Hunter (1988) subliniază faptul că pentru însușirea unei tehnici de inducție hipnotică este tot atât de important ce spui și cum spui. Regulile de care ținem seama sunt următoarele:

- Terapeutul trebuie să se asigure că există o concordanță între cuvinte și tonul vocii. De pildă, când dăm sugestii de genul: „te relaxezi tot mai adânc, tot mai adânc, mai profund” ... etc., vocea trebuie să reflecte sugestiile verbale.
- În măsura posibilităților, se recomandă evitarea negațiilor. Dacă spunem „nu vei mai simți panica”, mai mult ca sigur că subiectul va trăi respectiva stare. O sugestie de tipul „te vei simți confortabil, în siguranță...” are mult mai multe șanse de succes. Adesea, chiar și cei mai experimentați terapeuți par să uite că limbajul subconștientului este format din imagini, logica și cuvintele reprezentând modelul de lucru al nivelului conștient.
- Este mai indicată utilizarea unor sugestii cu caracter permisiv, securizant, ca de pildă „simte-te cât de relaxat dorești” sau „poate ți se va părea interesant să explorezi stările tale psihice” etc.
- Evitați, pe cât posibil, utilizarea cuvântului „încearcă”, deoarece acest termen sugerează că subiectul ar putea să nu reușească; este mai bine să folosim termeni ca „explorează”, „descoperă”, „învață” etc.
- Amintiți-vă că unele momente de tăcere, plasate din când în când după afirmații securizante de tipul „e mai bine așa”, sunt bine-venite.
- O regulă de bază o constituie atitudinea degajată a terapeutului, deoarece în acest caz și pacientul se va simți în largul său. Există diferite tehnici de inducție hipnotică, dintre care vom enumera câteva: tehnica fixării cu privirea (este foarte obositoare pentru terapeut); tehnica fixării pe un obiect exterior. Astfel, pot fi folosite obiecte strălucitoare de dimensiuni mici, de exemplu: o bilă metalică fixată pe o tijă, o bilă de cristal pe care terapeutul o ține în mână, un capac de stilou. De asemenea, se poate utiliza o țintă, ca de pildă o bucată de carton cenușiu sau verde pai, pe care se prinde un nasture metalic strălucitor, argintiu sau auriu. O altă tehnică are în vedere concentrarea pe degetele terapeutului ținute în poziție de V, terapeutul coborând degetele și spunându-i subiectului că pleoapele acestuia coboară. Se mai folosește și concentrarea pe punctul dintre sprâncene, pe un punct aflat pe perete sau pe tavan. La copii se utilizează frecvent concentrarea pe unghia degetului, pe care se desenează un cap de păpușă.

Gibson și Heap (1991) sunt de părere că atunci când se discută despre procesul de inducție a hipnozei, trebuie avute în vedere două elemente:

- în primul rând, subiectul hipnotizat acceptă să reducă activitățile cognitive de procesare a informației, lăsând această sarcină în seama terapeutului, situație în care se produce o modificare a modului de a percepe realitatea înconjurătoare.
- în al doilea rând, vocea hipnotizatorului devine tot mai mult singurul canal de percepere a informației, subiectul hipnotizat recepționând un număr limitat de stimuli și idei care îi sunt sugerate de către terapeut.

Succesul hipnozei depinde în mare măsură de alegerea limbajului adecvat pentru fiecare subiect, limbaj ce trebuie să cuprindă metafore și termeni simpli, prin intermediul cărora se descriu stările și comportamentele pe care trebuie să le manifeste persoana hipnotizată. Așa cum am mai subliniat, este bine să se discute cu pacientul pentru a afla și pentru a înlătura prejudecățile, concepțiile greșite sau expectațiile nerealiste.

Hilgard și Le Baron (1984) consideră că există trei componente de bază ale procesului de inducție hipnotică: relaxarea, imaginația și controlul comportamentului motor.

Inducția prin intermediul relaxării

Una dintre modalitățile cele mai răspândite și mai eficiente de inducție hipnotică se bazează pe sugerarea relaxării musculare. Această tehnică recurge adesea la metafora somnului, deși este evident că hipnoza și somnul sunt fenomene diferite sub aspect electrofiziologic. Terapeutul va sugera subiectului destinderea musculară și somnul, deși, în același timp, îl împiedică să adoarmă, continuând să-i vorbească și să-i ceară să fie atent la ceea ce se spune. În practică, acest gen de abordare are rezultate bune, deoarece majoritatea subiecților înțeleg prin „a adormi” să înceteze să mai fie atenți la stimulii exteriori, pe care nu mai trebuie să-i evalueze critic și să-i interpreteze.

Pentru a ilustra acest tip de inducție hipnotică, prezentăm un fragment de inducție hipnotică din scala de susceptibilitate hipnotică

Stanford (Weitzenhoffer și Hilgard, 1959, pp. 15–16): „Te simți tot mai toropit și mai adormit, dar continui să asculți vocea mea. Concentrează-te la ceea ce îți voi spune... ascultă atent ceea ce îți voi spune. Trep-tat vei deveni tot mai toropit, tot mai adormit. Curând vei fi pe deplin adormit, dar vei continua să auzi vocea mea. Nu te vei trezi decât atunci când îți voi cere să o faci... te vei cufunda tot mai mult, tot mai adânc într-un somn profund, confortabil, odihnitor. Va fi un somn în care vei fi capabil să faci tot felul de lucruri pe care ți le voi cere eu... fii atent numai la cele spuse de mine”.

Există numeroase variante de texte prin care se realizează acest tip de inducție, toate având ca element comun sugerarea somnului simultan, cu solicitarea ca subiectul să fie atent la ceea ce spune terapeutul. În felul acesta, subiectul este prins într-o capcană psihologică din care nu poate ieși decât acceptând ca sugestiile terapeutului să structureze și să interpreteze pentru el realitatea. Propoziția „va fi un somn în care vei fi capabil să faci tot felul de lucruri pe care ți le voi cere eu...” se referă la un tip special de somn care a fost descris de-a lungul timpului în cadrul fenomenului de somnambulism.

Inducția prin tehnica imaginației dirijate

În cadrul acestui tip de inducție nu este nevoie să se sugereze relaxarea sau somnolența, ci, prin intermediul imaginației dirijate, hipnoterapeutul va încuraja deblocarea fanteziei subiectului. Concentrarea atenției doar asupra demersului imaginativ, cu excluderea altor stimuli, va facilita intrarea în hipnoză. Hipnoterapeutul îi poate sugera subiectului să-și imagineze că se află întins pe o plajă, că simte mângâierea razelor soarelui, ascultă zgomotul valurilor, simte mirosul mării și trăiește o stare de calm și pace interioară.

Demersul imaginativ va fi astfel construit încât subiectul să se lase „furat” de sugestiile terapeutului, vizualizând pe ecranul mental imaginile ca într-un film sau, pentru unii subiecți, chiar ca în realitate. Captarea atenției subiectului prin descrierea unor imagini cât mai vii are menirea de a produce modificări în sistemele perceptive ale acestuia. Astfel, subiectul hipnotizat se va baza doar pe cuvintele terapeutului care vor reprezenta unicul canal prin intermediul căruia acesta va recepționa realitatea. Tot ceea ce sugerează hipnotizatorul, cu

condiția să fie acceptabil pentru subiect, se va transforma într-o realitate subiectivă pentru acesta.

Trebuie subliniat faptul că, deși subiecții hipnotizați percep o lume ireală, ei știu că sunt hipnotizați și atribuie experiențele neobișnuite pe care le trăiesc stării de transă în care se află. Lumea ireală a fost construită prin intermediul sugestiilor terapeutice și, la un anumit nivel al instanțelor gândirii subiectului, această realitate este percepută ca atare. Acest fenomen nu trebuie să ne surprindă, deoarece fiecare dintre noi a trăit măcar o dată în viață experiența vizionării unui film pasionant, când emoțiile resimțite au fost atât de intense ca și în realitate, conștienți fiind, în același timp, că ne aflăm în fața ecranului. Deși imaginile sunt elaborate de către terapeut, vivacitatea acestora își are originile în memoria subiectului. Hipnoterapeutul trebuie să-și aleagă cu multă grijă cuvintele, pentru a putea fi sigur că detaliile sugerate au un corespondent în experiența interioară a persoanei hipnotizate. Din acest motiv, este necesară o discuție prealabilă cu pacientul pentru a obține informații legate de scenele care ar fi mai potrivite pentru inducerea transei în cazul acestuia. Astfel, ar fi absurd să ne imaginăm că un individ care nu suportă marea s-ar putea relaxa dacă i-am sugera că se află întins pe plajă, la soare. În cazul în care subiectului nu-i este pe plac conținutul imaginilor sugerate, hipnoza nu va putea fi indusă sau se va încheia de la sine.

Inducția prin intermediul controlării comportamentului motor

Acest gen de inducție presupune influențarea comportamentului motor al subiectului. Cel mai frecvent utilizată tehnică este aceea a inducției prin fixare, în cadrul căreia subiectului i se cere să privească un punct indicat de hipnotizator, în timp ce acesta din urmă administrează sugestii de greutate a pleoapelor, oboseală a privirii și, în cele din urmă, de închidere a ochilor.

Prezentăm în cele ce urmează un model de inducție prin fixare preluat din cadrul scalei de susceptibilitate Stanford (Weitzenhoffer și Hilgard, 1959).

„Relaxează-te, nu încorda mușchii. Fixează cu privirea ținta pe care ți-am indicat-o. Privește-o cât poți de fix. Dacă privirea ta are tendința să fugă, nu este nimic, readu-o la ținta aleasă. După un timp vei observa că ținta se vede ca prin ceață sau pare că se mișcă, sau își

schimbă culoarea. E bine așa... dacă ți se face somn, este, de asemenea, bine. Indiferent ce se întâmplă, lasă să se întâmple... și continuă să privești cu toată atenția ținută indicată... va veni un timp când ochii tăi vor fi atât de obosiți, încât îți va fi imposibil să-i mai ții deschiși și se vor închide de la sine. Când acest lucru se întâmplă, lasă-l să se întâmple..."

Tehnicile de inducție cel mai frecvent folosite constau în concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferință strălucitor), pe un stimul monoton (pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului, asociată cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolență.

Textul utilizat în cadrul majorității tehnicilor de inducție hipnotică este orientat în direcția creșterii motivației subiectului, prin transmiterea unor informații în legătură cu ceea ce se așteaptă de la el. Primele sugestii administrate sunt în general ușor de urmărit și se referă la relaxarea corpului, închiderea ochilor și senzația de greutate musculară. Treptat, sugestiile se vor referi la comportamente care implică un nivel mai ridicat al abilităților de concentrare și imaginative ale subiectului și vor fi mai dificil de urmat.

Există mai multe modalități de a induce hipnoza și nu este clar care dintre ele este mai bună. Practica psihoterapeutică a evidențiat utilitatea însușirii de către terapeut a mai multor tehnici de inducție. S-a dovedit, de asemenea, că inducția clasică a hipnozei nu este neapărat necesară pentru a crește receptivitatea subiectului la sugestii. Astfel, Barber și Wilson (1977, 1978) utilizează o metodă de inducție nonautoritară, răspunsurile subiecților fiind măsurate cu ajutorul scalei de imaginație creatoare, concepută de ei. Tehnica utilizează instrucțiuni care solicită subiectului să trăiască în plan imaginativ diverse situații și are menirea de a demonstra în ce măsură acesta își poate folosi imaginația pentru a trăi în plan mental diverse stări, precum și de a crea atitudini și expectații pozitive, referitoare la capacitatea lui de a realiza acele experiențe.

Milton Erickson a elaborat multe tehnici de inducție hipnotică mai neobișnuite. Una dintre acestea este tehnica confuziei, care s-a dovedit eficientă mai ales la subiecții rezistenți, care încearcă să analizeze în mod excesiv ceea ce se petrece în timpul inducției și nu se concentrează la ceea ce li se cere să facă (Haley, 1967; Erickson, 1964; Erickson, Rossi și Rossi, 1976). Tehnica implică administrarea unui șir de instrucțiuni dificil de înțeles. Acesta cuprinde informații nesemnifi-

ficative, verbe la timpuri diferite și alte elemente menite să creeze subiectului confuzie până când acesta va fi gata să accepte orice fir logic al discursului, ceea ce îl face să-și modifice expectațiile și să reacționeze la sugestiile date de terapeut.

Tehnica numită intrare în rezonanță (pacing) (Bandler și Grinder, 1975) este utilă atunci când terapeutul trece de la o metodă la alta, pentru că îi creează subiectului un set anticipativ (expectație) cu privire la faptul că va răspunde la sugestiile care îi vor fi date în viitor. Tehnica presupune administrarea de întăriri directe și implicite în timpul inducției hipnotice, întăriri care îl determină pe subiect să creadă că răspunde la sugestii.

Un exemplu de întărire deschisă ar fi următorul: „în timp ce stai pe fotoliu ascultând vocea mea, cu picioarele relaxate...”; întăririle implicite se referă la comportamentul nonverbal al examinatorului care imită poziția vocii, ritmul verbal și chiar cel respirator al clientului. Un subiect receptiv la sugestii poate fi antrenat să intre în hipnoză la un semnal scurt, ceea ce permite renunțarea la tehnicile de inducție care durează prea mult.

O problemă importantă pentru hipnoterapeut constă în găsirea unor metode de creștere a receptivității subiectului la sugestiile hipnotice. Deși majoritatea autorilor sunt de părere că receptivitatea la hipnoză este o trăsătură stabilă a personalității (Hilgard, 1965; Bowers, 1976), aceasta poate crește în anumite limite, prin deblocarea subiectului, utilizându-se alte metode decât cele specifice inducției hipnotice. Diamond (1977) subliniază că factorii care stau la baza acestor metode sunt următorii:

1. Factori ce țin de optimizarea învățării:

- focalizarea atenției asupra hipnoterapeutului și a tehnicii de inducție;
- utilizarea metodei aproximărilor succesive ale răspunsului comportamental așteptat de la subiect;
- repetarea (exersarea răspunsurilor nou achiziționate);
- oferirea de întăriri și feedbackuri pentru răspunsurile pozitive (în sensul sugestiei).

2. Factori ce țin de formarea unui set (montaj) atitudinal

Procedeele implică utilizarea unor tehnici de creștere a motivației pentru hipnoză și acceptarea hipnozei încă înainte de aplicarea

propriu-zisă a acesteia — relaxare, reducerea anxietății, construirea unei relații bazate pe încredere între terapeut și client etc.

3. *Strategii cognitive*

Au drept obiectiv învățarea subiectului să se deschidă spre interior pentru a recepționa sugestiile hipnotice: eliminarea grijilor și problemelor exterioare, dirijarea imaginației în acord cu aspectele sugerate și concentrarea atenției și gândirii asupra sugestiilor. Cob (1993) a elaborat o tehnică de creștere a receptivității hipnotice bazată pe relaxare, concentrare spre interior și pe utilizarea imaginației. Tehnica este prezentată subiecților ca o metodă de detensionare, în care sugestiile pot fi aplicate mai eficient. Clienților li se explică că ei pot învăța să reacționeze la sugestii, pot să-și administreze autosugestii prin intermediul cărora să obțină modificări pozitive în sfera personalității, să scape de simptome nedorite și să-și rezolve problemele de viață. Se subliniază faptul că este vorba de o deprindere și că aceasta se perfecționează prin exersare. Pacienții nu trebuie să se aștepte la rezultate miraculoase; e suficient doar să învețe să utilizeze anumite disponibilități psihice naturale pe care oamenii nu le folosesc în mod obișnuit. Terapeutul va întări expectația subiecților în legătură cu faptul că sunt capabili să-și utilizeze resursele psihice latente.

Se explică subiectului modul cel mai eficient în care pot fi folosite sugestiile: „Doresc să vă explic câteva lucruri în legătură cu modul în care funcționează sugestiile, astfel încât, atunci când vi le administrați singuri, acestea să fie mai eficiente. Sunt câteva lucruri pe care trebuie să le evitați. În primul rând, nu vă străduiți din răspuțeri să îndepliniți ceea ce vi se cere, pentru că sarcina nu implică voință sau o concentrare deosebită a atenției. Reprimați-vă, de asemenea, tendința de a analiza ceea ce se petrece, pentru că atunci sugestiile nu mai acționează.

Dacă vă veți imagina că mintea dumneavoastră este ca un râu care curge lin, prin locuri frumoase și liniștite, sugestiile administrate vor ocupa locul dominant în creierul vostru și vor avea efecte maxime. Este vorba de o metodă care presupune destindere și relaxare. În cazul în care vă simțiți distrați, nu se întâmplă nimic, reveniți cu calm la gândurile voastre și lăsați-le să se deruleze tot mai mult, ca de la sine. Nu vă faceți griji dacă atenția fluctuează, pentru că acest lucru este normal, mai ales atunci când încercați să vă obișnuiți cu metoda. Conștientizați pur și simplu faptul că atenția v-a fost distrasă și redi-

recționați-o spre fluxul calm și liniștit al sugestiilor pe care le administrați”.

Odată ajuns aici, terapeutul va răspunde la întrebările pacientului, repetând cu alte cuvinte ceea ce s-a spus deja. Următoarea etapă presupune introducerea unei sarcini sugestive la care poate răspunde aproape orice persoană. În felul acesta se maximizează șansele subiecților de a îndeplini cu succes prima sarcină, sporindu-și astfel expectațiile de a obține succese în continuare.

Cob (1993) propune utilizarea pendulului lui Chevreul. Subiectul ține cu două degete capătul sforii de care este atârnată o greutate, sprijinind cotul de o masă. Terapeutul îi sugerează să țină brațul relaxat și să se concentreze asupra pendulului, imaginându-și că acesta descrie diverse mișcări. Instrucțiunile sună astfel: „Te rog, ține capătul pendulului între degete (se demonstrează). Stai liniștit și relaxează-te. Aș dori acum să te concentrezi, astfel încât pendulul să devină singurul lucru important pentru tine. Privește-l cu atenție, analizează-i detaliile, forma, culorile, situează-l în centrul atenției tale. Focalizarea atenției devine tot mai îngustă, culorile se estompează și, în curând, pendulul va începe să se miște înainte și înapoi”.

Este util ca terapeutul să accentueze, prin intermediul sugestiilor, mișcările pe care le descrie pendulul. Se continuă cu aceleași sugestii, terapeutul încercând să ritmeze sugestiile după mișcarea pendulului: „Pendulul se mișcă înainte și înapoi înainte și înapoi, tot mai mult se deplasează, tot mai departe, înainte și înapoi se mișcă tot mai liber, înainte și înapoi, înainte și înapoi (odată ce mișcarea s-a stabilit și devine evidentă, se poate trece la o nouă mișcare). Acum pendulul își va schimba direcția de mișcare, va începe să se miște în cerc. Se va mișca în cerc, va descrie tot mai multe cercuri... se mișcă în cerc”.

Subiecții răspund diferit la aceste sugestii, dar și o reacție de mică amplitudine poate reprezenta o experiență convingătoare. Li s-a demonstrat astfel că au capacitatea de a reacționa la sugestii. Într-o etapă următoare, li se demonstrează modul în care își pot administra autosugestii, pentru aceasta terapeutul cerându-le să-și imagineze că pendulul descrie diferite mișcări. Puține persoane nu reacționează la acest gen de sugestii, dar este evident că gândurile lor au tendința să zboare, fapt evidențiat de mișcările bruște ale pendulului. Dacă observă acest lucru, terapeutul trebuie să-i oprească și să-i întrebe la ce anume s-au gândit. Li se sugerează apoi să continue exercițiul.

Pornindu-se de la exemplul pendulului, se explică subiectului modul în care gândurile pot influența mușchii și alte organe ale corpului. Se poate trece apoi la inducerea hipnozei. Subiectul este solicitat să se așeze cât mai comod pe un fotoliu, sprijinind capul și membrele superioare pe brațele fotoliului. I se cere apoi să rotească ochii și să privească punctul dintre sprâncene, explicându-i-se că rotirea ochilor va produce oboseala acestora și astfel ochii vor avea tendința de a se închide.

Instructajul administrat este următorul: „Vă rog să priviți punctul dintre sprâncene, să-l priviți cu toată atenția, să simțiți încordarea din ochi, care devine tot mai mare, tot mai mare. Simțiți tot mai multă încordare, tot mai multă încordare și ochii devin tot mai obosiți, tot mai obosiți, tot mai obosiți”. Dacă terapeutul observă faptul că pacientul începe să clipească, administrează sugestii menite să accentueze reacția: „Clipiți, clipiți tot mai mult, tot mai mult, iar pleoapele dvs. devin tot mai grele, tot mai grele, grele, obosite de atâta încordare, obosite de prea multă încordare. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele și au tendința de a se închide”.

Există un număr redus de subiecți care continuă să clipească, opunându-se tendinței naturale a ochilor de a se închide. În astfel de cazuri, terapeutul le spune pur și simplu să închidă ochii și continuă astfel: „E bine așa. Ține ochii închiși și rotește privirea pe dinăuntru spre punctul dintre sprâncene. Vei simți o încordare și o greutate în ochi, senzație care te cuprinde tot mai mult, tot mai mult. Greutatea din zona ochilor se extinde în tot corpul care devine tot mai greu, tot mai greu, se confundă cu fotoliul, devine tot mai greu și mai relaxat. Simți cum greutatea din zona ochilor se răspândește în tot corpul”.

Terapeutul va administra în continuare sugestii de relaxare musculară (Irina Holdevici, 1996). „Relaxează acum fiecare grupă de mușchi în parte... relaxează fruntea... fruntea destinată, relaxată, liniștită... Relaxează ochii... pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele și relaxate, tot mai relaxate. Relaxează obrații, maxilarele, ceafa și gâtul. Relaxează umerii, relaxează brațele, de sus, de la umeri spre coate, palme, până la degete. Relaxează pieptul, abdomenul, spatele. Corpul devine tot mai relaxat, tot mai relaxat. Relaxează coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele. Picioarele sunt tot mai relaxate, tot mai relaxate. Te gândești acum din nou la brațele tale și îți imaginezi că brațele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb. Musculatura se lasă din cauza relaxării și brațele devin tot mai grele, tot mai

grele, grele, foarte grele. Picioarele devin și ele grele, foarte grele, grele ca de plumb. Picioarele devin tot mai grele, grele ca de plumb și mai relaxate. Întregul corp este cuprins de o stare de relaxare plăcută, odihnitoare. O greutate și o relaxare profundă cuprind tot corpul. Corpul moale, greu, destins, relaxat.”

Cob (1993, p. 85) propune pentru adâncirea transei următorul text: „Acum, după ce ai relaxat complet corpul, aș dori să-ți imaginezi că ieși din corp și îți privești corpul care se relaxează pe fotoliu, având grijă de el însuși și respirând lin și liniștit. Cu fiecare expirație corpul se relaxează tot mai mult, tot mai mult, se relaxează tot mai mult și tu începi să plutești, cufundându-te tot mai adânc într-o stare de relaxare plăcută, profundă, odihnitoare. Cu fiecare expirație, cobori tot mai adânc, tot mai adânc și acorzi mai multă atenție cuvintelor și gândurilor tale. Corpul tău se îngrijește singur de sine. Mușchii tăi sunt complet relaxați, complet relaxați. Orice încordare, tensiune a dispărut din corpul tău și îți este tot mai ușor să-ți urmărești gândurile ascultând vocea mea. Urmărindu-ți gândurile și vocea mea tot mai mult și mai mult, sugestiile pe care ți le voi administra sau pe care ți le vei administra singur vor fi mai puternice, vor avea efecte maxime.

Te relaxezi tot mai mult, tot mai mult, tot mai mult, profund, tot mai mult, te concentrezi tot mai mult asupra gândurilor tale. Eu voi începe să număr de la 1 la 10 și cu fiecare număr te vei cufunda tot mai mult, tot mai adânc în starea de relaxare, iar gândurile tale vor deveni tot mai mult centrul atenției tale, astfel încât sugestiile pe care ți le administrezi vor avea efecte maxime”.

Terapeutul îi va sugera apoi subiectului că poate să lucreze singur acasă și își va reveni din relaxare oricând va dori. După revenirea subiectului din starea sa de transă, acesta trebuie interogat cu privire la trăirile sale și la dificultățile întâmpinate. Acestea din urmă sunt discutate împreună cu terapeutul care îl va ajuta pe client să le depășească.

În încheiere, trebuie să subliniem încă o dată rolul expectațiilor în inducția hipnotică și în psihoterapie, în general, expectații pe care terapeutul trebuie să le speculeze în avantajul clientului său.

O *tehnică de inducție hipnotică* foarte cunoscută este metoda de inducție hipnotică prin fixarea privirii, preconizată de Hartland (1971). I se cere subiectului să se așeze comod pe un scaun sau fotoliu și i se dau următoarele instrucțiuni: „Doresc să privești un punct din tavan, să-ți fixezi atenția asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct

pe care ți-e comod să-l privești. Nu-ți face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendința de a clipi. Dacă ți se întâmplă acest lucru, readu încet privirea la punctul fixat. Fixează-l cât poți de bine. Stai relaxat. Relaxează-te și fii atent doar la vocea mea, la ceea ce îți voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gamba, coapsele, brațele, mâinile, întregul tău corp devine tot mai relaxat și o stare de toropeală plăcută te cuprinde tot mai mult. Simți o greutate plăcută care îți cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Brațele devin grele foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Ești tot mai relaxat, toropit, de parcă ai fi pe punctul de a adormi... O senzație de căldură plăcută, adormitoare îți cuprinde întregul corp. Curând te vei cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă cu un somn plăcut, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândește-te la toropeala și somnolența care te cuprind. Vocea mea te adoarme, te relaxează, te face tot mai relaxat. Vocea mea te face să dorești să te relaxezi. Ți-e imposibil să menții ochii deschiși, ochii se închid, clipești tot mai des, pentru că nu mai poți ține ochii deschiși. Clipești tot mai des și în curând nu vei mai putea ține ochii deschiși, pentru că pleoapele devin grele, foarte grele, ca de plumb (ar fi utilă coordonarea acestor sugestii cu mișcările reale de clipire). Devii tot mai toropit, mai relaxat și în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele și mai strâns lipite (dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: «Acum închide ochii și fii atent în continuare la ceea ce îți voi spune.»). Ochii sunt închisi acum și te relaxezi profund, tot mai profund. Vei fi atent numai la vocea mea. Îți vei reveni doar atunci când îți voi spune eu să-ți revii. Te vei simți foarte liniștit și relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Pe viitor, ori de câte ori vei pronunța cuvinte de relaxare, toropeală, te vei relaxa rapid. Dacă se va întâmpla ceva ce-ți poate pune viața sau sănătatea în pericol, te vei trezi imediat, spontan și vei putea face față situației”.

I se mai poate sugera subiectului că se va trezi în mod spontan după un anumit timp. S-a observat că unii subiecți mențin ochii înțredeschiși și au un tremur al pleoapelor. Aceste fenomene nu trebuie considerate rezistențe, deoarece frecvent subiecții respectivi se află în transă. În stare de hipnoză, comportamentul subiecților diferă de la

un individ la altul. Unii par relaxați, ca adormiți, iar alții par rigizi sub aspect muscular (deci, nici menținerea ochilor închiși nu este o condiție obligatorie). Pot fi evidențiate o serie de trăsături ale celor hipnotizați, cu specificarea că manifestările aparente depind și de elementele sugerate de inducția hipnotică și de expectația subiecților. Trăsăturile celor hipnotizați sunt: imobilitatea posturală, în absența sugestiilor de mișcare, lipsa dorinței de a comunica, subiecții trebuind să fie întrebați de mai multe ori înainte de a se decide să răspundă, folosirea unui limbaj sărac, adesea șoptit, lentoare psihomotorie și pasivitate, îngustarea câmpului conștiinței, hipersugestibilitate.

Adâncirea transei

După instructajul menționat anterior, Hartland (1971) continuă cu următorul procedeu de adâncire a transei: „Voi înceta să-ți vorbesc pentru un timp, iar tu vei continua să rămâi profund relaxat. Vei intra treptat într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, tot mai adâncă. Când voi începe să-ți vorbesc, vei fi mult mai relaxat, mult mai profund relaxat decât acum. Te simți foarte bine, nimic nu te mai tulbură. Te vei relaxa tot mai mult, și mai mult, cu fiecare expirație devii tot mai relaxat”. Terapeutul va face o pauză de 10 secunde; dacă intervalul se prelungește, subiectul poate trece în somn natural.

Se observă că, pe măsură ce subiectul răspunde mai bine la primele sugestii, el devine tot mai receptiv și transa se adâncește în mod spontan. Se pot administra sugestii pentru catalepsia pleoapelor (vezi cele menționate la testul catalepsiei pleoapelor). Când ne îndoiim că subiectul este în transă, nu trebuie să-l provocăm să deschidă ochii, ci să-i adâncim starea: „Pleoapele tale sunt grele, atât de grele, încât, dacă vei încerca să deschizi ochii, nu vei putea. Dar nu vei încerca să deschizi ochii, nu simți dorința de a deschide ochii, ci dorești să te relaxezi cât mai profund”. Pentru a verifica în ce măsură inducția hipnotică a avut efect se recomandă realizarea testului rigidității brațului lui. Dacă subiectul nu-l realizează, se recomandă să fie trezit și rehipnotizat după o altă metodă. Dacă subiectul este receptiv, pot fi folosite sugestii de tipul: „încearcă să îndoi brațul, încearcă...”.

În cazul subiecților a căror stare de inducție hipnotică a fost confirmată prin rigiditatea brațului și nedeschiderea ochilor, se poate

trece la adâncirea transei după următorul instructaj realizat tot de Hartland: „Ești profund relaxat, dar poți intra într-o stare de relaxare și mai adâncă decât cea în care te afli acum. Dorești foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experiență agreabilă care îți face foarte bine. Te vei relaxa cât mai profund și toate sugestiile pe care ți le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate număra până la 10, 20 etc.) și, pe măsură ce număr, te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, mai plăcută. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5, vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit că, atunci când îți voi spune să revii, nu îți vei reaminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 — relaxarea devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 — relaxarea devine și mai profundă și mai adâncă, cu fiecare cuvânt spus de mine; cu fiecare expirație te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 — relaxare adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult; te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi vocea mea care parcă vine de undeva, de departe; 4 — continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ți le dau sau ți le voi da în viitor vor fi eficiente și în avantajul sănătății tale. Vei îndeplini tot ceea ce îți spun să îndeplinești. Nu te teme de hipnoză pentru că îți va face numai bine. Ești convins că nu ți se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îți vorbesc, ești tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îți voi spune să auzi, să vezi sau să simți ceva, vei trăi experiențe vii, ca și cum ar fi reale. Vei auzi, vei vedea și vei simți ca în realitate; ori de câte ori îți voi spune să simți sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cerințele mele pentru că sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ți-o dau. Continuă să te relaxezi. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5, vei fi foarte profund, foarte profund relaxat, adânc relaxat și toropit; 5 — profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei reveni din relaxare decât atunci când îți voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă ceva mie, ori te amenință ceva. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat și vei face tot ceea ce îți voi spune eu să faci. Când îți voi spune să revii, nu-ți vei mai aminti nimic din faptul că te-ai relaxat și te-ai odihnit”.

După adâncirea stării de relaxare, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă

hipnoza. La subiecții prea pasivi, cu tendință de a intra într-o stare letargică, trebuie avut în vedere ca adâncirea transei să nu accentueze pasivitatea, somnul, ci tendința subiectului de a coopera cu terapeutul. Adulții au o teamă inconștientă de hipnoză, și acest fapt îi împiedică să adâncească transa. Terapeutul trebuie să furnizeze informații și explicații suplimentare, să acorde o mare atenție formulărilor sugestive, pentru a evita interpretarea lor eronată de către subiect. De asemenea, nu se recomandă să folosească drept semnal de inducere a hipnozei un gest sau un cuvânt cu care subiectul se poate întâlni spontan în viața cotidiană. Multe efecte secundare ale hipnozei sunt determinate de sugestiile administrate greșit.

Dehipnotizarea

În cazul unui număr mare de subiecți este suficient să comandăm pe un ton plăcut, dar ferm: „Revino! Trezește-te!” sau „Când voi lovi degetele, vei fi pe deplin treaz, trezește-te”.

Pentru pacienții aflați într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă treptat, ca în instructajul următor (Hartland, 1971): „Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când voi ajunge cu numărătoarea la 1 vei fi complet treaz, îți vei reveni complet, te vei simți bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun: 5 — vei reveni curând din relaxare; 4 — revii încet la normal; 3 — revii tot mai mult; 2 — când voi ajunge la 1 vei reveni complet, te vei simți foarte bine; 1 — ai revenit complet, ești pe deplin treaz, ai mintea clară, limpede, ești complet treaz, viori, alert”.

Dacă subiectul se simte totuși amețit, nu se ține bine pe picioare, are un aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta, comandând pe un ton ferm: „Ești pe deplin treaz” sau poate repeta procesul de dehipnotizare. În niciun caz, terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până când nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Se recomandă ca subiecții care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsați să mai aștepte puțin într-o cameră, înainte de a pleca, terapeutul urmând să mai verifice o dată starea acestora. Există cazuri foarte rare când subiecții pot acuza cefalee, confuzie, amețeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienții nu sunt de acord să îndeplinească sarcinile administrate de terapeut (de exemplu, inconștient, ei pot să nu dorească

să se lase de fumat). Fenomenul este interpretat ca o rezistență la psihoterapie. Dar în practică pot apărea și alte tipuri de rezistențe: starea hipnotică se transformă într-o fugă sau o comă isterică, sau într-o stare catatonică la un pacient psihotic; în aparență, subiectul se trezește, dar poate menține în stare de veghe comportamentul de tip hipnotic, sau subiectul se trezește, apoi reintră spontan în transă. Toate aceste rezistențe la revenire pot fi puse pe seama unor erori de tehnică atunci când, fără să-și dea seama, terapeutul i-a sugerat să nu se trezească, dar pot apărea și din alte cauze: existența unor sentimente de ostilitate față de terapeut, sugestii posthipnotice pe care subiectul nu vrea să le urmeze, existența unor tulburări în sfera personalității (nevoia de a fi dominat, de a se supune, de a evita un conflict, de a fugi de realitate).

Williams (cf. Hartland, 1971) afirmă că subiectul poate dori să testeze capacitatea terapeutului de a-l controla, sau că aceste rezistențe la revenire pot fi expresia unor erori și ambiguități de instructaj. De regulă, asemenea dificultăți de revenire nu apar din prima ședință de hipnoză, ci atunci când subiectul află în ce fel transa poate să folosească scopurilor sale.

Pot exista diferite metode de reducere a acestor rezistențe la revenire. O metodă frecvent folosită este interogarea subiectului aflat în hipnoză în legătură cu motivul refuzului său. Răspunsul subiectului poate sugera terapeutului ce sugestii trebuie administrate în acest caz. Rosen (cit. Hartland, 1971) indică metoda scrisului automat, metoda privirii în bila de cristal sau cea a visului hipnotic ca soluții pentru aceste situații. O altă metodă este ignorarea pacientului. Subiectului i se dau următoarele instrucțiuni: „Dacă nu dorești să te trezești, trebuie să te las așa cum ești”. Apoi, terapeutul ignoră subiectul și se ocupă de alte probleme. De cele mai multe ori, subiectul trece în somn natural și se trezește spontan. Terapeutul trebuie să-l observe pe subiect și să-l lase să plece din cabinet numai atunci când acesta e complet treaz.

Williams (cit. Hartland, 1971) susține că terapeutul trebuie să folosească acele metode care, după părerea subiectului, îl pot trezi, să corecteze sugestiile ambigue date în inducția hipnotică, să inducă o transă secundară, să sugereze experiențe care să ducă firesc la terminarea transei, să accepte unele condiții stabilite de subiect pentru a coopera și să folosească sofismele pentru a preîntâmpina opoziția subiectului. Utilizarea mijloacelor fizice (a palmuirii) nu este indicată decât

în cazul stărilor extreme de tip isteric, stări care nu țin de hipnoză, ci de anumite particularități ale personalității subiectului.

Pe lângă tehnica de inducție expusă anterior, Hartland prezintă și o altă tehnică de inducție rapidă. Subiectul stă în picioare în fața terapeutului, iar acesta îi pune mâinile pe umeri și îi fixează cu privirea rădăcina nasului: „Uită-te în ochii mei și imaginează-ți că vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn adânc, profund, odihnitor. Continuă să te uiți în ochii mei și vei simți o greutate care cuprinde tot corpul. Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, de somnolență. Te simți obosit, corpul este greu, greu ca de plumb. Simți nevoia să adormi. Pleoapele sunt atât de grele, că nu poți ține ochii deschiși. Ochii se închid, se închid, nu poți să-i mai ții deschiși. Adormi, adormi, ochii se închid, dormi, dormi, somn profund”.

În utilizarea tehnicilor de inducție, terapeutul trebuie să țină seama de următoarele recomandări: 1) dacă nu e necesară o transă profundă, o metodă de inducție rapidă este adesea suficientă. Dacă este însă nevoie de o transă mai profundă, se recomandă utilizarea unei metode cu durată mai mare, cu mai multe detalii; 2) metodele rapide fac o impresie mult mai puternică asupra spectatorului; 3) ori se poate eșua cu o metodă, dar se poate reuși cu alta. De regulă, cu metode mai lungi se reușește mai bine; 4) scopul terapeutic scontat se obține mai ușor prin utilizarea metodelor mai lungi, pentru că acestea permit exercitarea unui control mai bun asupra pacientului.

Alte tehnici de inducție hipnotică

• *Tehnica de inducție elementară* (Hunter, 1988)

„Așezați-vă într-o poziție cât mai comodă. E bine așa. Amintiți-vă că vă puteți oricând mișca, vă puteți schimba poziția pentru a vă simți cât mai comod. Asigurați-vă de faptul că aveți spatele și capul sprijinite (subiectului trebuie să i se dea asigurări că el deține controlul asupra situației; confortul fizic este important). Acum lăsați-vă ochii să găsească un obiect (punct) agreabil asupra căruia urmează să se concentreze. Continuați să priviți un anumit timp obiectul respectiv. Trep-tat-treptat veți constata că pleoapele au tendința de a deveni tot mai

grele, din ce în ce mai grele, astfel încât ar fi foarte plăcut să închideți ochii pentru câteva secunde. Deschideți din nou ochii, apoi închideți-i iar. Veți constata că aveți tendința de a clipi ușor. Acesta este un semnal că veți avea acces la o zonă plăcută a minții dumneavoastră, o zonă în care timpul își pierde semnificația, în care puteți percepe sugestiile directe de închidere a ochilor. (Acestea sunt mai puțin anxioase decât sugestiile directe de închidere a ochilor. Dacă observați cu atenție subiectul, veți constata tendința acestuia de a clipi. Atunci este momentul să menționați acest lucru cu voce tare).

Imaginați-vă acum că vă aflați într-un loc foarte plăcut, unde toate lucrurile sunt așa cum ar trebui să fie. (Introduceți o semnificație personală a imageriei dirijate.) Vă plasați cu ochii minții în locul respectiv și veți constata că vă simțiți din ce în ce mai bine, mai relaxat, mai liniștit, mai confortabil, încordarea va dispărea tot mai mult, din ce în ce mai mult. (Conștientizați ideea reducerii încordării mai ales la subiecții care nu au experiență în domeniul hipnozei.)

Imaginați-vă toate detaliile reveriei dumneavoastră interioare: ce vedeți cu ochii minții, ce auziți cu urechile minții, ce senzații percepeți în corpul dumneavoastră. Dacă vă imaginați că sunteți întins pe plaja mării, simțiți soarele fierbinte, nisipul moale și cald, simțiți mișcările corpului dumneavoastră, atunci faceți un semn cu capul. (Ghidați subiectul, astfel încât să diferențieze experiențele interne de cele externe.) Dacă vă imaginați că sunteți în apa unui lac, simțiți mișcările corpului în apă, simțiți apa răcoroasă care vă atinge pielea, faceți semn că da prin mișcarea capului. Căutați să descoperiți ce anume simte corpul dumneavoastră în această situație. (Faceți apel la toate modalitățile senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică, tactilă, olfactivă, gustativă, la senzațiile de cald și de rece.) Poate că în visul dumneavoastră în stare de veghe sunt lucruri pe care doriți să le atingeți, să le vedeți, să le gustați sau să le mirosiți. Puteți simți arome minunate care se asociază cu ceea ce vedeți. (Descoperiți și bucurați-vă de culori, observați dacă este cald sau răcoare, dacă mai există și altă prezență în visul dumneavoastră. Este bine să se sublinieze că orice om se lasă purtat de reverii diurne, și acesta este un lucru plăcut și odihnitor.) Observați cu ochii minții toate detaliile, culorile și bucurați-vă de imaginile pe care le-ați creat. În timp ce vă imaginați aceste lucruri frumoase, mintea dumneavoastră vă va purta spre o stare de hipnoză plăcută, odihnitoare, o stare care vă convine și în care veți putea realiza ceea ce v-ați propus." Se subliniază faptul că, indiferent ce face subiectul, este bine.

• *Tehnica inducției prin metoda imageriei vizuale* (Hunter, 1988)

„Stați comod pe fotoliu, cu ochii închiși și spatele sprijinit. Imaginați-vă un nor alb și pufos care coboară din cer și vine atât de aproape de dumneavoastră, încât vă puteți urca pe el ca pe o saltea moale. (Nu uitați că unii subiecți nu au capacitatea de imaginare vizuală. Pentru ei, o astfel de tehnică este mai curând frustrantă decât agreabilă.) Lăsându-vă purtat de norul pufos, veți putea trăi experiențe plăcute în mintea dumneavoastră. (Subiectul este invitat să participe la experiența psihologică.) Simțiți moliciunea și atingerea plăcută a norului care vă susține, vă învăluie. Simțiți cum începeți să plutiți tot mai sus, din ce în ce mai sus, în timp ce vă simțiți protejat, apărat, în siguranță. (Se adaugă elementele kinestezice celor vizuale. Este importantă accentuarea sentimentului de siguranță.) Pe măsură ce norul se ridică și plutește tot mai sus, pe cerul albastru, observați cum o pasăre albă aterizează lângă nor și vă privește cu ochi întrebători. Parcă ar vrea să spună: «Nu vrei să te joci cu mine?».

Apoi, pasărea își întinde aripile și zboară lin în jurul norului pe care plutiți, lăsându-se în voia curentului plăcut de aer. Ea este liberă, complet liberă. (Terapeutul trebuie să se asigure de faptul că pacientul nu are fobia păsărilor.) Norul dumneavoastră parcă ar vrea să urmeze pasărea albă și vă întrebați încotro vă va purta. Plutiți pe norul alb și pufos, care alunecă lin și liniștit. Puteți vedea vârfulurile copacilor, câmpiile verzi, lanurile galbene de grâu și panglica argintie a unui râu care curge printre câmpii. Înaintea dumneavoastră se zărește arcul strălucitor al unui curcubeu. Și pasărea albă care vă călăuzește l-a văzut și zboară spre el. Pe măsură ce vă apropiați de curcubeul viu colorat, vă minunați tot mai mult de frumusețea lui. Fiecare culoare este strălucitoare și bordată cu argintiu. Culorile sunt minunate, strălucitoare, cele mai frumoase culori pe care le-ați văzut vreodată. (Exercițiul nu este recomandabil subiecților care nu pot vizualiza culori.)

Pasărea albă vă va conduce spre o culoare roz delicată. Vă cufundați în ea și aveți impresia că atingeți un nou nivel de conștientizare. (Sugestia «atingeți un nou nivel de conștientizare» este utilă pentru producerea schimbării.) E culoarea care apare pe cer înainte de răsăritul soarelui. Culoarea aduce cu ea căldură, sănătate. Vă cufundați în culoarea galben-portocalie și simțiți cum procesul de vindecare începe să se desfășoare în interiorul organismului. (Culoarea galben-portocalie sugerează promisiunea unui lucru bun care se va întâmpla. Soarele este adesea considerat simbolul

vindecării. «Procesul de vindecare va începe» reprezintă o promisiune și o parte a noului nivel de conștientizare.) Urmați în continuare pasărea albă care vă conduce spre culoarea verde, simbolul creșterii și reînnoirii. (Se utilizează metafora creșterii și schimbării.) Este o culoare minunată, o culoare a tuturor posibilităților, culoarea primăverii, a mugurilor care se desfac înainte de începerea unei vieți noi. Verdele este culoarea pe care o așteptăm în zilele mohorâte de iarnă, culoare ce ne promite un nou început. (Se accentuează ideea unor noi promisiuni.) Plutiți în continuare spre albastrul ceresc și parcă păsării albe îi place mai mult această culoare, sau doar vi se pare. Culoarea albastră induce starea de liniște și pace interioară, vă aduce răcoare și confort. (Este simbolul acceptării.) Treptat, culoarea albastră se preschimbă în purpuriul apusului de soare. Este timpul contemplării, al revederii întregii voastre vieți pentru a descoperi un nou sens, a atinge un nou nivel de înțelegere a propriei persoane și a Universului. (Revederea lucrurilor presupune a *vedea din nou*, implică o nouă *perspectivă*.) Pasărea albă zboară liber încoace și încolo printre culorile curcubeului și parcă vă cheamă spunându-vă: «Și dumneavoastră puteți fi o parte a întregului Univers». (Se sugerează ideea că subiectul nu este singur. Se păstrează tăcere pentru un timp.)

Acum a sosit timpul să vă reîntoarceți acasă, să călătoriți pe norul alb și pufos spre locul de unde ați plecat. Pasărea albă vă urmează în călătorie, zburând în jurul norului dumneavoastră și invitându-vă să continuați jocul. Știți însă că a venit timpul ca jocul să se sfârșească pentru un timp. Acum, norul vă va purta în deplină siguranță până acasă și vă va așeza pe fotoliul preferat. Veți reintra în corpul dumneavoastră, știind că veți putea urma din nou pasărea albă într-o zi. (Se oferă perspectiva unor noi posibilități.)

Această tehnică de inducție a fost publicată pentru prima dată în manualul Asociației de Hipnoză Clinică, editat de Corydon Hammond în 1988.

Tehnici avansate de inducție hipnotică

Metoda levitației brațului

Metoda a fost utilizată pentru prima dată de Milton Erickson, dar cea mai bună descriere a acesteia îi aparține lui Wolberg. Subiectul

este așezat în poziție cât mai comodă pe un scaun și primește următoarele instrucțiuni:

„Doresc să stai comod pe scaun și să te relaxezi. Pune brațele pe coapse, cu palmele în jos. Observă cu atenție brațele. Stai liniștit și relaxat. Vei constata că se întâmplă anumite lucruri cu brațele și cu palmele tale. Aceste lucruri se petrec întotdeauna când ești relaxat, dar, de regulă, nu le dai atenție. Te rog să te concentrezi asupra palmelor tale, asupra tuturor senzațiilor ce apar la acest nivel. Vei simți poate greutate în palme sau presiune, vei simți materialul din care sunt făcuți pantalonii (sau fusta) ori vei simți căldură sau mici furnicături în degete.

Indiferent despre ce fel de senzații este vorba, doresc să le observi cu atenție. Atenția ta poate să fluctueze, să se abată de la palme, dar adu-o cu calm înapoi. Continuă să te concentrezi asupra palmelor, întrebându-te când va începe mișcarea din ele. (Când terapeutul observă mișcarea unuia dintre degetele subiectului, el menționează acest lucru și afirmă că mișcarea se va intensifica probabil.) E interesant de văzut care dintre degetele tale se mișcă mai întâi. Poate fi degetul mijlociu, arătătorul sau inelarul etc. Unul dintre degete începe să zvâcnească, să se miște. Nu știi încă ce deget se va mișca mai întâi. Continuă să-ți concentrezi întreaga atenție asupra degetelor. Vei constata o mișcare ușoară în degetul arătător al mâinii drepte. De îndată ce a început mișcarea, vei observa ceva interesant.

Foarte încet, degetele se vor îndepărta unele de altele, spațiul dintre ele va deveni din ce în ce mai mare. Degetele se vor îndepărta tot mai mult unele de altele. Se vor îndepărta unele de altele tot mai mult. (Aceasta este prima sugestie adevărată la care ne așteptăm să răspundă subiectul.) Pe măsură ce degetele se depărtează, vei observa că ele au tendința de a se arcui, de a se ridica. Observă cum arătătorul mâinii drepte se arcuiește, tinde să se ridice. În acest moment, și celelalte degete tind să-l urmeze, să se arcuiască, să se ridice, să se ridice. Pe măsură ce degetele tind să se ridice, devii tot mai conștient de faptul că palma ar fi trasă în sus de un balon, tot mai sus, din ce în ce mai sus.

Palma dreaptă e ușoară ca un fulg și tinde să se ridice tot mai mult. Pe măsură ce palma se ridică, tot brațul se ridică tot mai mult, din ce în ce mai sus. Pe măsură ce privești palma și brațul care se ridică tot mai mult, observi că devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Ochii devin tot mai obosiți, din ce în ce mai obosiți. Pe măsură ce brațele se

ridică, devii tot mai relaxat, tot mai toropit, mai somnolent. Pleoapele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tind să se închidă. Voi număra acum de la 1 la 10 și, cu fiecare număr, brațul tău se va ridica mai mult, tu te vei simți tot mai relaxat, tot mai toropit, vei simți nevoia să închizi ochii și să te lași în voia relaxării plăcute, odihnitoare. 1 — brațul se ridică ușor, atras ca de o forță, brațul se ridică tot mai mult, sus, tot mai sus. Devii tot mai relaxat, tot mai toropit, pleoapele devin grele, foarte grele. Respirația devine rară, tot mai rară, regulată. Inspiră și expiră adânc; 2 — brațul se ridică tot mai mult și se apropie de fața ta. Te simți tot mai relaxat, tot mai toropit; 3-4 — pe măsură ce brațul se apropie de fața ta, intri într-o relaxare adâncă, tot mai adâncă, brațul se ridică din ce în ce mai mult, până când va atinge fața, iar tu devii tot mai toropit, din ce în ce mai toropit, dar nu trebuie să adormi înainte ca mâna să atingă obrazul.

5-6 — când palma va atinge obrazul vei adormi; 7 — brațul își schimbă direcția și se ridică tot mai mult, tot mai mult, îndreptându-se spre fața ta. Pleoapele devin grele, foarte grele. Devii tot mai toropit, tot mai toropit, ochii se închid, se închid; 8 — când palma va atinge fața, vei adormi, vei adormi profund. Devii tot mai relaxat, tot mai relaxat. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul și brațul se ridică tot mai mult, tot mai sus, tot mai sus; 9 — când brațul va atinge fața vei adormi adânc (dacă palma subiectului atinge fața); 10 — dormi, dormi, dormi. Te simți relaxat și toropit, te gândești numai la somn și relaxare. Relaxare profundă, profundă, ca un somn adânc."

Se observă că este mult mai bine dacă tehnica levitației brațului se combină cu tehnica numărării, pentru că levitația este o metodă dificilă, la care subiecții reacționează mai puțin și, în același timp, reprezintă o modalitate de abordare la care pot recurge doar terapeuții experimentați.

Tehnica de inducție indirectă a hipnozei (Milton Erickson)

Această tehnică de inducție indirectă se poate aplica fără acordul pacientului. Se discută cu o persoană care este dispusă să coopereze și apoi i se cere subiectului să asiste la o ședință de hipnoză a persoanei înțelese cu terapeutul. Se dau sugestii pentru persoana respectivă, dar acestea se adresează de fapt subiectului. Este indicat ca ambele persoane (pacientul și martorul) să fie apropiate sub aspectul vârstei, pregătirii, sexului și să aibă o așezare spațială în poziții simetrice. Da-

torită acestor aspecte și contagiunii afective există posibilitatea ca subiectul să intre automat în hipnoză.

Caracteristicile tehnicilor de inducție hipnotică (Heap, 1993, p. 19)

1. Focalizarea atenției subiectului asupra unui stimul unic sau asupra unui număr limitat de stimuli:
 - vizuali — un punct luminos sau strălucitor;
 - auditivi — vocea hipnoterapeutului sau sunetul unui metronom;
 - motorii — concentrare asupra respirației sau ridicării (levitației) brațului;
 - imaginativi — o scenă descrisă de terapeut sau aleasă de subiect.

Alegerea stimulului pe care se realizează concentrarea are un caracter arbitrar, fiecare hipnoterapeut având tendința să-și elaboreze propria metodă de inducție hipnotică.

2. Administrarea unor sugestii repetitive de liniște, calm, greutate musculară, de adâncire a relaxării, precum și sugestii care transmit mesajul că subiectul trebuie să se lase condus de instrucțiuni.
3. Utilizarea unor mesaje ritmate, după modelul 1:
 - „pe măsură ce număr, devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat”;
 - „cu fiecare expirație, corpul devine tot mai relaxat, tot mai relaxat”;
 - „pe măsură ce pleoapele devin tot mai grele, trupul tău se cufundă tot mai mult, tot mai mult în fotoliu”;
 - „cu fiecare mișcare a brațului intri tot mai profund, tot mai profund în hipnoză”.

Heap (1993, p. 19) susține că pentru reușita inducției hipnotice este utilă introducerea a cel puțin unei sugestii de disociere psihică. Sugestiile de relaxare și greutate a corpului nu conțin în sine un astfel de potențial, spre deosebire de sugestiile de levitație a brațului, anestezie sau cele cu caracter provocator (ca de exemplu „pleoapele grele, foarte grele... atât de grele, încât nu poți deschide ochii, nu poți deschide ochii; încearcă să deschizi ochii, încearcă, dar nu poți...”).

Tehnica levitației brațului s-a dovedit a fi foarte eficientă, în timp ce sugestiile cu caracter provocator pot compromite inducția. Același autor subliniază faptul că în terapie este bine să se utilizeze la început trei sau patru tehnici de inducție și de adâncire a transei. În felul acesta, pacientul și terapeutul vor alege cea mai bună metodă de inducție hipnotică. În cursul ședințelor viitoare, tehnica de inducție va fi considerabil scurtată.

Există chiar unii pacienți care, hipnotizați o dată, vor avea nevoie la inducțiile viitoare doar de câteva sugestii verbale cu caracter repetitiv pentru a intra în hipnoză. Hilgard (1986) afirma că inducția hipnotică are drept scop să pregătească subiectul pentru experiențe psihologice de tip disociativ, perturbând continuitatea fluxului memoriei și modificând focalizarea psihică prin intermediul sugestiilor verbale, al atenției selective și prin stimularea imaginației.

Metode de reducere a rezistenței la inducția hipnotică

Hunter (1988) sublinia faptul că rezistențele reprezintă un fenomen perfect normal care se manifestă la aproape orice subiect care nu a mai practicat hipnoza, dar care pot apărea uneori și la subiecții cu experiență în domeniu, atunci când aceștia sunt confrunțați cu experiențe psihologice inedite, care pot avea loc în stare de hipnoză. Rezistențele nu sunt altceva decât expresia unor mecanisme de apărare, de natură inconștientă.

Primul pas în direcția înlăturării rezistențelor constă în lămurirea unui subiect lipsit de experiență că aceste fenomene sunt normale și adesea dezirabile. Este, de asemenea, indicat să se administreze subiectului sugestii pozitive de tipul: „Îmi dau seama că ești motivat, și acesta este cel mai important lucru pentru ca hipnoza să reușească”. Există subiecți care vor spune terapeutului pe un ton agresiv: „Nu mă voi relaxa niciodată!” În astfel de cazuri se comandă rapid: „Te rog să te relaxezi! Încearcă doar să ascuți vocea mea și să te lași purtat de ea. Faci parte din acea categorie de persoane care obțin maximum de profit atunci când ascultă cu atenție și se concentrează asupra a ceea ce spun”.

Trebuie subliniat faptul că inconștientul interpretează invers afirmațiile cu caracter negativ. Astfel, afirmația „Vă rog, NU...” va fi interpretată sub forma „Vă rog SĂ...”. În cazul subiecților care au ten-

dința de a rămâne cu ochii deschiși este bine să se spună: „O, dumneavoastră faceți parte dintre acei subiecți care preferă să rămână cu ochii deschiși atunci când intră în hipnoză”. La auzul unei afirmații de acest tip, subiectul vă închide imediat ochii.

Terapeutul trebuie să piardă un anumit timp pentru a afla care sunt preferințele subiectului, spre a conduce corect procesul imaginației dirijate. Este indicat ca acesta să cunoască ce anume nu îi place subiectului, eventualele sale fobii. Evident că un subiect care se teme de apă va rezista sugestiilor de a înota în plan imaginar. În același timp, este important să fie cunoscute experiențele anterioare legate de hipnoză, mai ales cele care se referă la hipnoza de estradă. Subiectului trebuie să i se dea asigurări că hipnoza clinică se deosebește foarte mult de cea de estradă și că terapeutul își cunoaște bine meseria.

Se afirmă de mai multe ori faptul că, indiferent ce anume se întâmplă, este bine ceea ce se întâmplă. În același timp este de dorit să se precizeze că majoritatea subiecților intră la început într-o stare de tranșă ușoară și că aceștia vor învăța să intre într-o hipnoză mai profundă abia atunci când se vor familiariza cu tehnica. În cazul în care subiectul se dovedește excesiv de rezistent, este indicată aplicarea unei tehnici disociative după modelul: „Te rog, fă să intre în hipnoză doar inconștientul tău și menține conștientul treaz”.

De reținut că cea mai bună tehnică de intrare în hipnoză este aceea prin care învățăm subiectul să intre în această stare și nu-i ordonăm s-o facă împotriva voinței sale. Această afirmație se bazează pe tendința firească a oamenilor de a se opune oricărei presiuni și de a proceda invers decât li se cere. Din acest motiv este bine să se utilizeze o voce blândă și caldă, chiar dacă ea ascunde o comandă deghizată sub forma unei invitații. Este bine să se recurgă la expresii de tipul „lasă să se întâmple”, „va fi interesant să observi că...”.

Asemenea afirmații asigură subiectul că decizia de a-și explora propriile stări posibile sau de a intra într-o stare de hipnoză mai profundă îi aparține lui însuși. Trebuie lăsată impresia că experimentatorul are doar sarcina de a ghida, nu de a face presiuni sau impune ceva. Pentru a obține o experiență satisfăcătoare în domeniul hipnozei, sub nicio formă experimentatorul nu trebuie să blameze subiectul prin vorbe sau gesturi. Pentru succesul terapiei trebuie repetat permanent: „E bine ceea ce se întâmplă și este exact lucrul potrivit care trebuie să vi se întâmple acum”.

3. Derularea unei ședințe de hipnoză (după Bellet, 2002)

Interviul preliminar

Acesta poate să se desfășoare pe parcursul mai multor ședințe de psihoterapie, în funcție de tipul de dificultăți pe care le întâmpină clientul, precum și de capacitatea terapeutului de a le sesiza și evalua. În cursul interviului preliminar, pacientul își va expune opiniile și eventualele prejudecăți legate de hipnoză, terapeutul acordând o atenție deosebită expectațiilor acestuia cu privire la metoda respectivă. Corectarea ideilor eronate despre hipnoză îl va determina pe pacient să-și reconsidere expectațiile. Terapeutul va realiza un interviu în detaliu, notând problema, simptomele, dar și cadrul în care aceasta se desfășoară (mediu social, familial).

După ce terapeutul s-a edificat, pacientul este invitat să se așeze comod într-un fotoliu. Sugestiile administrate au drept scop facilitarea concentrării pacientului către interior; ele pot fi directe sau indirecte și îl conduc pe client să trăiască experiențe agreabile. Pacientului i se dă posibilitatea să comunice cu terapeutul pe tot parcursul ședinței de hipnoză, prin intermediul unor mesaje exprimate verbal sau nonverbal. Informațiile obținute îl vor ajuta pe terapeut să conducă psihoterapia.

Profunzimea hipnozei este direct proporțională cu precizia sugestiilor, cu cât acestea vor fi mai personalizate, cu atât clientul va intra într-o transă mai profundă, iar terapia va fi mai eficientă. Milton Erickson sublinia necesitatea de a cunoaște sistemul de valori al pacientului și de a-i vorbi „pe limba lui”. Trebuie subliniat faptul că pierderea contactului subiectului cu realitatea înconjurătoare nu este necesară pentru succesul terapiei. Profunzimea transei poate varia de la individ la individ sau la același subiect de la o ședință la alta sau chiar în cursul aceleiași ședințe de psihoterapie, de la un moment la altul.

Sugestiile directe sau indirecte se utilizează în funcție de context. Astfel, sugestiile directe sunt mai ușor de aplicat și se administrează, de regulă, la începutul ședinței de hipnoză, putând îmbrăca forma următoare:

„Cred că ai remarcat deja faptul că respirația dumneavoastră a devenit tot mai calmă, tot mai lentă, tot mai regulată, contribuind astfel la instalarea unei stări de confort, relaxare, destindere... etc.”.

„Picioarele dumneavoastră sunt destinse, grele, grele, atât de grele, încât vă este imposibil să vă mișcați...”

Terapeutul va observa ceea ce se petrece cu subiectul, se va referi la anumite fenomene, pe care le va obiectiva și va încuraja producerea acestora:

„Observați cum pleoapele dumneavoastră devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb...”

Sugestiile indirecte se referă la obiectivele terapiei, precum și la alternativele propuse, alternative exprimate în mod metaforic, ca în exemplul următor:

„Mă întreb când vă veți schimba punctul de vedere...” (predicatul „veți schimba” se transformă, datorită tonului vocii, în sugestia „veți schimba punctul de vedere!”).

La încheierea ședinței, terapeutul va preciza din nou faptul că hipnoza reprezintă de fapt un proces de învățare, prin intermediul căruia trupul și mintea vor redescoperi disponibilități latente ale subiectului, disponibilități pe care le va putea dezvolta și folosi în continuare. Pacientul va fi ghidat apoi să revină aici și acum, în cabinetul de psihoterapie. Urmează o discuție în cadrul căreia se analizează împreună cu clientul experiențele trăite, iar informațiile obținute sunt utilizate pentru desfășurarea ședinței următoare.

Autonomia pacientului crește odată cu progresul psihoterapiei, el putând să utilizeze elementele învățate pentru aplicarea autohipnozei. Interviul realizat după ședința de hipnoză nu are caracterul unui interogatoriu, rămânând la latitudinea pacientului să păstreze pentru sine acele trăiri pe care le consideră intime. Este indicat ca prima ședință de hipnoză să înceapă cu un exercițiu de relaxare, care să faciliteze accesul la o stare modificată de conștiință, permițându-i terapeutului să observe modul în care acesta reacționează.

Prezentăm mai jos un exemplu de inducție hipnotică preliminară, unde nu se administrează încă sugestii cu caracter terapeutic (după Bellet, 2002, pp. 75–79).

„Așezați-vă confortabil în fotoliu, cu capul sprijinit, brațele întinse de-a lungul brațelor fotoliului și picioarele relaxate. În timp ce corpul dumneavoastră se destinde, vă imaginați că răsfoiți un album cu poze care reprezintă amintiri. Răsfoiți albumul la întâmplare sau poate mai sistematic. Ritmul răsfoirii filelor se modifică, pentru că ați vrea să zăboviți mai mult pe o imagine sau pe alta. Mintea dumneavoastră apreciază ceea ce «vede» și atunci când ați descoperit o imagine

plăcută, când vă aflați pe malul mării, comunicați-mi acest lucru printr-o mișcare voluntară sau involuntară a unui deget. Observați că puteți să vedeți imagini în plan interior atât cu ochii deschiși, cât și cu ochii închiși.

Observați imaginile, remarcați bogăția detaliilor care devine mai mare atunci când pleoapele sunt coborâte. Mișcarea degetului arătător drept îmi va indica faptul că ați găsit locul de pe plajă unde doriți să vă relaxați. Atunci când mergem la plajă avem, de obicei, un loc preferat unde ne place să ne instalăm.

Vă întindeți pentru câteva minute pe un cearșaf de plajă moale și pufos, simțiți tușeul acestuia și atingerea nisipului fin și cald. Sunteți calm și destins, pielea este protejată de soare de o loțiune cu miros plăcut, cu miros de vacanță care vă ajută să vă simțiți tot mai relaxat. Remarcați căldura agreabilă pe care o emană cearșaful de plajă, în timp ce razele soarelui vă înconjoară plăcut, accentuând starea de relaxare. Uneori surprindeți mici mișcări automate ale mâinii drepte sau stângi, care se joacă cu nisipul cald și moale, lăsându-l să se scurgă printre degete.

Este o senzație plăcută de parcă v-ați juca cu o pudră ușoară și fină; nu știu dacă ați remarcat deja că ritmul respirației dumneavoastră devine mai lent, mai calm, mai regulat, se mulează pe ritmul valurilor; simțiți aerul proaspăt, mirosul specific al brizei mării; auziți țipetele pescărușilor care se răsucesc în zbor deasupra apei; valurile se lovesc de țărm cu un zgomot ritmic; admirați spuma albă a mării care ținește crestele valurilor. După ce ați rămas un timp lungit pe plajă, a sosit momentul să verificați dacă apa este suficient de caldă pentru a face baie. Tălpile picioarelor pășesc pe nisipul cald și se apropie de țărm, unde nisipul este umed și bătorit. Intrați în apă și savurați răcoarea valurilor care vă învăluie picioarele. Este o senzație simplă și agreabilă. Apa este verzuie și ușor transparentă și mă întreb cum va prefera corpul dumneavoastră să se cufunde în apa mării... treptat, treptat sau să spintece valurile... Revenind la suprafață veți regăsi senzația plăcută de plutire. Plutiți între apă și cerul albastru, vă simțiți ușor, ușor, liniștit, destins...

Simțiți cum valurile prietenoase vă îmbrățișează umerii, spatele, brațele, picioarele. Nisipul galben, marea verzuie și cerul albastru vă dau o senzație de liniște, armonie, echilibru. Trăiți o stare plăcută de plutire, legănare pe valuri, o senzație în care timpul nu mai are im-

portanță, o secundă poate dura un minut, un minut, o oră, o oră, o zi, iar o zi poate dura o săptămână sau chiar mai mult. Vă legănați plăcut, lăsându-vă dus în voia valurilor și re trăiți un ritm nou în care se îmbină sunete, culori, senzații... Apa este atât de plăcută, atât de plăcută, încât vă este greu să precizați dacă apa se prelinge pe piele sau pielea alunecă pe apă...

Nu știu care dintre senzații este mai plăcută: relaxarea trupului, balansul pe ritmul valurilor, parfumul de vacanță, mirosul apei mării, strălucirea de cleștar a valurilor, contactul cu nisipul moale și fin, căldura plăcută a soarelui care vă îmbrățișează cu razele sale sau poate o altă senzație mai specială în care trupul și mintea descoperă împreună un spațiu interior, personal, care le aparține. Trupul și mintea învață ceva, redescoperă ceva, nu vă este încă limpede. Ele învață să se modifice, să înțeleagă, pornind de la o fază când înțelegerea nu este încă prezentă; odată cu ele, învățați să vă dezvoltați suplețea spiritului, capacitatea de a descoperi în stare de calm noi soluții, noi alternative pentru problemele dumneavoastră; învățați să faceți noi conexiuni, să priviți lucrurile dintr-o nouă perspectivă.

Bucurați-vă de această plajă de nisip, de această secvență de timp în afara timpului, de această zonă miraculoasă a cărei cheie de intrare este senzația plăcută regăsită pe malul mării, cheie pe care o dețineți numai dumneavoastră. Înainte de a reveni în acest cabinet, plasați cheia într-un loc ascuns, accesibil doar dumneavoastră. Puse la adăpost, senzațiile plăcute de calm, pace și armonie vor continua să se dezvolte, să crească pentru dumneavoastră.

Reveniți aici și acum, în acest cabinet, și regăsiți senzațiile legate de corpul dumneavoastră care se află relaxat în fotoliu. Pentru a vă ajuta să reveniți, voi număra de la 5 la 1. 5, reveniți aici și acum, aveți o senzație de energie care pătrunde în brațe și picioare; 4, brațele și picioarele revin la normal, revin la normal, sunt active și pline de energie; 3, tot corpul revine la normal, revine la normal; 2, inspirați și expirați adânc; 1, reveniți la normal, corpul se regăsește pe sine și își reia activitatea de zi cu zi."

Disocierea realizată la nivelul diverselor instanțe psihice deschide un câmp larg pentru derularea procesărilor terapeutice. Sugestiile deschise, analogiile, ritmul și tonul vocii, metaforele contribuie la declanșarea acestor procese de căutare interioară, generatoare de noi asociații, conexiuni, senzații, imagini sau stări afective.

Răspunsurile hipnotice reprezintă consecințe obiective sau subiective ale acestor procesări și semnalează schimbarea terapeutică. Starea de transă hipnotică presupune realizarea unei disocieri între psihic și corp, între diferitele părți ale corpului sau între diverse instanțe psihice.

Terapeutul va administra sugestii menite să separe diversele instanțe unele de celelalte: „Respirația ta devine tot mai regulată... mai calmă, mai liniștită... brațul tău drept devine tot mai ușor... mentalul tău inconștient se relaxează... procesele memoriei se derulează... etc.". Datorită disocierii, pacientul va fi capabil să abordeze anumite situații cu o încărcătură emoțională mai redusă sau va putea percepe anumite senzații fizice fără a trăi și stările afective aferente (totul va fi perceput cu detașare, de la o anumită distanță). Disocierea poate fi considerată un proces de extindere a proceselor psihice și nu o ruptură de tip patologic asemănătoare celor produse în schizofrenie, în felul acesta, subiectul căpătând o libertate mai mare de expresie care îi permite să elaboreze noi asociații.

Ascultarea hipnotică

Aceasta reprezintă un mod particular de ascultare care îl ajută pe hipnoterapeut să culeagă informații referitoare la pacient. Acest mod de ascultare îi permite terapeutului să evalueze informațiile care îi parvin într-o manieră intuitivă (analogică), fapt ce îl derutează adesea pe pacient.

Terapeutul trebuie să se afle el însuși într-o stare asemănătoare cu transa, atitudinea acestuia prezentând următoarele caracteristici:

- detașare de stimulii exteriori ai ambianței;
- curiozitate;
- să nu aibă întrebările pregătite și nici să nu anticipeze posibile răspunsuri;
- să nu stabilească niciun fel de ierarhie sau ordine a întrebărilor;
- să acorde o atenție egală tuturor răspunsurilor și reacțiilor clientului;
- să fie deschis;
- să descopere, să asambleze (să pună cap la cap) și să interpreteze metaforele.

Relația dintre pacient și terapeut trebuie să fie una de cooperare, terapeutul încurajând atât dialogul dintre el și pacient, cât și monologul acestuia.

Observațiile clinice au demonstrat că nu este posibil să hipnotizăm o persoană fără consimțământul său, un minimum de cooperare fiind absolut necesar. Tehnica hipnotică presupune, mai ales la începutul aplicării sale, o etapă „receptivă” în cadrul căreia terapeutul ascultă și recepționează spusele pacientului în vederea asocierii și reasamblării unor elemente eterogene, prin intermediul cărora acesta își prezintă simptomatologia.

Terapeutul trebuie să descopere în ce măsură pacientul și-a produs starea actuală (simptomele) prin intermediul unui proces de autohipnoză negativă și cum poate fi ajutat să „se apropie” de simptom și să-l rezolve, transformându-l în altceva. Metaforic vorbind, putem considera simptomul ca pe o haină de împrumut pe care pacientul o poartă, acesta având de ales între a o păstra sau a o înapoia proprietarului. În cazul în care clientul consideră că haina îi aparține, el poate s-o distrugă, să o dăruiască, să o vândă sau să o împrumute, cu alte cuvinte să o modifice (Bellet, 2002, p. 88).

Hipnoza acționează la mai multe niveluri datorită mecanismelor disociative care se declanșează la nivelul psihicului uman. Disocierea pune în evidență și relativizează entități care sunt adesea combinate și chiar confundate: mișcări voluntare și involuntare, emoții și mecanisme raționale, aspecte ce țin de procese conștiente și inconștiente. Datorită acestor fenomene cu caracter disociativ, se deschid noi perspective de acțiune terapeutică, tehnica hipnotică putând să acționeze mecanismele memoriei pacientului, respectiv axele spațio-temporale. Hipnoza nu reprezintă o tehnică ezoterică, ci o tehnică ce poate fi învățată și perfecționată prin exersare.

4. Sugestiile de întărire a Eului

Foarte mulți clienți aflați în terapie, dar și persoane care nu se adresează neapărat unor cabinete de specialitate, se simt stresați și trăiesc sentimente de neajutorare, inutilitate sau lipsă de speranță. Aceștia trebuie să găsească în interiorul lor forța și motivația necesară de a-și rezolva problemele. Relaxarea și sugestiile de întărire a

Eului sunt tehnici eficiente, verificate în cadrul practicii clinice, care îi pot ajuta să atingă aceste obiective (Hartland, 1971; Calnan, 1977; Stanton, 1979; Johnson, Walker, Heys; Whiteing și Ermin, 1996; Hawkins, 2006).

Hartland (1971) este cel care a subliniat faptul că pacienții nu renunță la simptomele lor până când nu se simt suficient de puternici să facă față existenței în absența acestora. Din acest motiv, este necesar să se insiste asupra unor aspecte legate de întărirea Eului mai ales în etapele inițiale ale terapiei, la începutul și la sfârșitul unei ședințe de procesare terapeutică (Hawkins, 2006, p. 75).

În același timp, o stare de bine psihologic va influența în mod pozitiv și procesele fiziologice care asigură sănătatea clientului (Steptol, Wardle și Marmot, 2006). Terapeutul va trebui să încurajeze clientul să dezvăluie orice problemă, chiar și minoră, care îi poate produce o stare de stres, întunecând experiențele pozitive. După ce clientul a depășit aceste probleme, pe care va învăța să le aprecieze ca irelevante, el se va putea concentra asupra procesării terapeutice a unor aspecte mai importante, de profunzime.

Prezentăm mai jos un model de sugestii menite să-l ajute pe client să depășească situațiile stresante minore (Hawton, 2006, p. 75, adaptat după Stanton, 1991):

„În timp ce stai așezat pe fotoliu, observă tensiunile din corpul tău... Inspiră și expiră calm și odată cu fiecare expirație elimini toate tensiunile, încordările care ies odată cu aerul expirat. Odată cu fiecare expirație te relaxezi tot mai mult și te bucuri de experiența relaxării... Ai reușit să faci asta?... Acum aș dori să devii tot mai conștient de starea de relaxare care te cuprinde... Te cuprinde tot mai mult... E bine așa!

Mă întreb acum dacă vei reuși să lași toate micile tale necazuri să se ducă... să te părească... ca și cum briza răcoroasă a mării le ia pe aripile ei și le duce tot mai departe într-o zi călduroasă de vară, astfel încât ele încetează să te mai tulbure... E bine așa!

Orientează-ți atenția spre interior și observă cum inspiri calm, relaxat, fără efort... simți contactul corpului tău cu fotoliul... auzi sunetul vocii mele... senzația de plutire, de ușor pătrunde în picioarele tale, în corpul tău... în brațele tale... îți cuprinde capul și fața... vindecând fiecare celulă în parte... ajunge la pleoapele tale care se deschid încet...”

Phillips și Frederick (1995, p. 83) descriu trei tipuri de strategii de întărire a Eului:

- sugestii directe administrate în heterohipnoză sau autohipnoză;
- tehnici proiectiv-evocatoare;
- tehnici ericksoniene.

4.1. Sugestiile directe (Hawkins, 2006, p. 79)

După inducția hipnotică se administrează clientului următorul instructaj:

„În timp ce stai comod pe fotoliu, cu ochii închiși, relaxat, atingând acel nivel de transă care te face să te simți bine, ascultă vocea mea. Singurul lucru care va conta pentru tine este ceea ce-ți voi spune acum... Auzi cuvintele mele și le recepționezi atât la nivel conștient, cât și inconștient... mai ales la nivelul inconștient, care va prelua comanda în timp ce tu continui să fii atent la vocea mea... Rămâi relaxat, fără să faci nimic... fără să te străduiești să memorezi nimic... ascultă doar vocea mea... cuvintele mele... le dai voie să pătrundă ușor, fără efort, în mintea ta inconștientă... Odată cu fiecare respirație devii tot mai încrezător în forțele proprii... tot mai sigur pe tine... conștient de faptul că vei putea să-ți rezolvi problemele în mod eficient... să-ți conduci existența mai bine.

Ascultă-mă cu toată atenția... Simți cum te cuprinde un puternic sentiment de autocontrol asupra tuturor zonelor existenței tale care sunt importante pentru tine... sfera relațiilor interpersonale... sănătatea... viața sexuală... activitatea profesională... familia... simți cum acest puternic sentiment de autocontrol se amplifică, se amplifică zi după zi... chiar și în timpul somnului... Vei putea fixa acest sentiment puternic de încredere, valoare personală, autocontrol atingând ușor vârful degetului mare cu degetul arătător... E bine așa! Acum voi număra de la 10 la 1 și pe măsură ce număr te cuprinde o stare de activare, vioiciune care pătrunde la început în picioare, în tot corpul, în brațe, ajungând în zona feței tale, în zona pleoapelor, permițând ochilor tăi să se deschidă. Atunci când ajung cu numărătoarea la 1 vei fi complet revenit, vioi și alert, orientat în prezent, aici și acum... știind exact unde te afli și ceea ce ai de făcut în continuare... știind precis că ai ceva important de realizat cu propriile forțe...

În viitor, când vei dori să accesezi din nou acel sentiment de încredere în forțele proprii, vei atinge degetul tău mare cu vârful degetului arătător”.

4.2. Strategii proiectiv-evocatoare de întărire a Eului (Phillips și Frederick, 1995)

Aceste strategii au rolul de a activa resursele interioare ale clientului, pornindu-se de la ideea conform căreia clientul, deși are unele probleme de care nu este conștient, are și disponibilități interioare, de asemenea neconștientizate.

Clientul aflat în stare de hipnoză va fi dirijat de către terapeut să-și focalizeze atenția asupra unor succese din trecut.

Prezentăm mai jos câteva tipuri de sugestii care s-au dovedit utile în practica terapeutică: *„Albumul cu fotografii pentru întărirea Eului și stabilirea unor obiective”* (adaptat după Hawkins, 2005).

După inducția hipnotică, terapeutul va administra următorul instructaj:

„Stai în fotoliu și ești calm, destins, relaxat. Imaginează-ți acum că ții în mâinile tale un album cu fotografii, în care sunt așezate poze care se referă la experiențele tale pozitive, la succesele pe care le-ai avut, la perioade plăcute de vacanță, aniversări, la zilele tale de naștere, la perioadele în care ai luat premiu la școală, ai trecut bacalaureatul, ai intrat la facultate... Ți-ai luat cu brio licența... Atunci când privești aceste fotografii îți amintești de perioadele fericite din viața ta și asta te face să te simți foarte bine, mulțumit, împlinit, mândru de tine.

Deschide acum albumul tău la fila care se referă la perioada de acum... Nu este încă nicio fotografie aici, dar te-aș ruga să lipești una care să reprezinte un eveniment pozitiv din existența ta actuală... ceva care să te facă să crezi că viața este frumoasă, că merită să fie trăită astăzi, 15 septembrie 2009...

Nu e nevoie să fie ceva special... Poate fi un eveniment plăcut de viață, poate banal, dar care te face să te simți bine, poate un cuvânt de laudă pe care ți l-a adresat șeful sau poate o plimbare în parc împreună cu prietena ta... Poate fi orice... Pune fotografia nouă în album și păstrează în sufletul tău starea plăcută, binefăcătoare...

Dar de unde știi când te-ai simțit prima oară astfel? Regăsește acel moment în albumul cu fotografii... Privește imaginea cu toată atenția... Unde te aflai?... Ce s-a întâmplat atunci?... Cine a mai fost acolo?... Cum te-ai simțit?... Păstrează în mintea ta inconștientă acel sentiment și permite-i să devină tot mai puternic, tot mai puternic...

Întoarce încă o pagină din album și găsește alt eveniment pozitiv, care te-a făcut să te simți bine... Și acum întoarce mai multe pagini până când ajungi în viitor și plasează acolo o fotografie cu o experiență pozitivă despre care ai dori să se întâmple, să devină reală, ca și cum un vis frumos s-ar împlini... conștient fiind de faptul că dispui de resursele necesare pentru ca acel lucru să se întâmple cu adevărat... și de faptul că ai multe lucruri de făcut pentru ca visul tău frumos să devină realitate...”.

„Descoperirea resurselor interioare” adaptată după McNeal și Frederick (1993):

„În timp ce stai comod pe fotoliu și ești foarte relaxat, lasă-ți ochii să se închidă și fă o călătorie în interiorul ființei tale unde-ți vei descoperi resursele interioare, forța interioară, care se află ascunse în zona inconștientă a minții tale și care te-au ajutat de-a lungul vieții atunci când ai fost speriat, trist, derutat...

Odată cu fiecare inspirație, permite acestei forțe interioare să-ți înconjoare tot corpul și să ia tot stresul, toată tensiunea și toată încrederea, și să le ducă undeva departe, odată cu fiecare expirație, în timp ce tu te simți tot mai bine, tot mai relaxat... tot mai încrezător în sine, capabil să faci față cu bine tuturor problemelor vieții care te-au tulburat până acum... Și atunci când te simți cu adevărat puternic, atinge-ți degetul mare cu vârful degetului arătător, iar în timp ce faci acest lucru, sentimentele pozitive de forță și încredere devin tot mai puternice... tot mai puternice și îți cuprind toată ființa...

În viitor, când vei simți nevoia să intri în contact cu resursele tale interioare, atinge degetul mare cu vârful degetului arătător și odată cu fiecare inspirație lasă-ți corpul să devină tot mai destins, tot mai ușor, ușor ca un fulg... lasă această senzație plăcută de calm, liniște, plutire, zbor să cuprindă întregul tău corp, de la picioare, abdomen, trunchi, brațe... să-ți învâluie fața, ochii, pleoapele care se vor deschide ușor, fără efort... Treptat vei simți contactul cu fotoliul pe care ești așezat... vei simți tălpile pe podea... și, în timp ce ești atent la vocea mea, vei ști

că resursele tale, forța ta interioară vor continua să-ți invadeze tot corpul, când te relaxezi, lucrezi, te odihnești și chiar atunci când dormi”.

4.3. Orientarea către viitor

Această tehnică poate fi inclusă în cadrul strategiei denumite progresia de vârstă, care își are rădăcinile în experiența lui Milton Erickson care sugera clienților aflați în transă profundă să vizualizeze obiectivele lor de viață ca fiind deja îndeplinite. Tehnica progresiei de vârstă îl va ajuta pe client să depășească sentimentele de neajutorare și lipsă de speranță.

Metafora muntelui (Hawkins, 2006, p. 83)

„Imaginează-ți că este o zi însorită de vară și te simți scăldat în razele soarelui care îți mângâie obraji... te fac să te simți relaxat, destins, și în același timp plin de bucurie și entuziasm. Te afli la poalele unui munte și știi că trebuie să urci acel munte pentru a descoperi un secret personal... Imaginează-ți cum urci pe o cărare, pe o pantă lină... La început urcușul este foarte ușor, urci cărarea printre tufe și flori... Urci tot mai sus și cărarea se îngustează, panta devine mai abruptă... Te odihnești puțin și simți adierea ușoară a vântului care îți răvășește părul... simți mirosul de brad... Urci tot mai sus și ți se deschide la picioare o priveliște minunată... cu dealuri și văi... păduri... izvoare, stânci... Urci mereu și cărarea se îngustează... urci printre stânci... privești în zare și vezi vârful altui munte care pare atât de aproape, încât ai impresia că îl atingi, dar știi că este departe... foarte departe... Urci tot mai sus și ajungi la un platou cu iarbă înaltă și flori... poate că sunt bujori de munte... Îți imaginezi acum că te odihnești pe platou și admiri întregul peisaj realizând cât de sus ai urcat... Ai parcurs un drum foarte lung, uneori mai ușor, alteori mai greu, fără să te întorci din drum... vei continua să urci până când îți vei atinge obiectivul... și poate că acolo sus vei întâlni pe cineva... o persoană semnificativă care îți va da răspunsul pe care îl aștepti de mult...”

Stanton (1989, 1991) prezintă o tehnică de întărire a Eului în cinci trepte, care implică inducție hipnotică, adâncirea transei, sugestii pozitive și imaginație dirijată. Treptele sunt următoarele:

- relaxare fizică prin intermediul concentrării asupra respirației;
- relaxare psihică prin intermediul imaginației dirijate;

- renunțarea la gândurile, sentimentele și trăirile nedorite (la temeri, îndoieli, tristeți sau vinovății) pe care clientul își va imagina că le „aruncă la coșul de gunoi”;
- „distrugerea” imaginară a tuturor aspectelor negative din viața clientului („distrugerea limitelor, barierelor”);
- clientul își va imagina apoi că se relaxează într-un loc special, unde se simte bine, liniștit, mulțumit, în deplină siguranță, nustrind gânduri de fericire și succes. Acesta va trece în revistă ziua precedentă cu părțile ei bune și rele, insistând asupra primelor, care vor fi întărite cu ajutorul unor imagini pozitive.

III

Hipnoterapia — psihoterapia prin intermediul relaxării

1. Hipnoza — strategie terapeutică sau psihoterapie de sine stătătoare?

Marea majoritate a hipnoterapeuților sunt de părere că hipnoza nu reprezintă o formă de psihoterapie prin ea însăși, ci o metodă auxiliară aplicabilă la mai multe tipuri de terapii, deoarece inducția hipnotică și adâncirea transei nu sunt suficiente pentru obținerea modificărilor terapeutice, deși este posibil ca aceste proceduri să funcționeze într-o anumită măsură datorită efectului „placebo” (Gibson, 1987).

Există, de asemenea, unele tulburări psihosomatice nu prea grave, care se rezolvă doar cu intervenții simple ce presupun câteva tehnici de heterohipnoză și autohipnoză sau relaxare. Astfel, Alladin (1988) a raportat rezultate foarte bune la pacienții cu migrenă care practicau relaxarea împreună cu terapeutul și acasă, utilizând o casetă audio. La rândul său, Brattberg (1983) a obținut rezultate pozitive cu pacienți cu tinitus (zgomot în urechi). În aceste cazuri, elementul de bază este practicarea relaxării și nu inducția hipnotică.

Hipnoza, privită doar sub aspectul inducției și adâncirii transei, nu diferă în mod esențial de alte tehnici terapeutice cum ar fi: antrenamentul autogen, relaxarea progresivă, meditația, imaginația dirijată sau procedeele bazate pe biofeedback (Edmondston, 1981; Wagstaff, 1981; Wadden și Anderton, 1982; Humphreys, 1984).

În cazul tuturor acestor tehnici, subiectul este profund relaxat, atenția este focalizată spre unele senzații, trăiri și imagini interioare, se administrează sugestii de relaxare și adâncire a relaxării, iar persoana

este încurajată să adopte o atitudine pasivă, nonanalitică etc. Ceea ce deosebește hipnoza de metodele terapeutice asemănătoare constă în accentul deosebit pus pe sugestiile verbale și pe imaginile menite să provoace starea modificată de conștiință. Aceste elemente se referă nu numai la inducerea și adâncirea transei, ci și la ceea ce face terapeutul după ce fazele respective au fost depășite.

Hipnoza poate potența psihoterapia, deoarece sporește sugestibilitatea pacientului, deblochează abilitățile imaginative, ameliorează relația pacient-terapeut și reduce orientarea subiectului asupra realității (Holroyd, 1987). Mai mult, hipnoza facilitează și accesul la zonele inconștiente ale psihismului, unde sunt stocate informații legate de problemele și simptomele actuale, permițându-i pacientului conștientizarea unor amintiri inacceptabile sau traumatizante, a unor impulsuri și conflicte, precum și rezolvarea satisfăcătoare a acestora.

Atunci când ne referim la aplicațiile posibile ale hipnozei în psihoterapie, este important să facem distincția între terapia centrată pe rezolvarea simptomului și terapia de profunzime, al cărei obiectiv constă în ajutarea pacientului să obțină insight-ul (iluminarea) în legătură cu problemele sale, permițându-i să rezolve conflictele ascunse care se află la baza apariției simptomelor psihopatologice. Astfel, terapeutul poate trata o migrenă prin intermediul relaxării și al unor tehnici de combatere a durerii sau poate explora ceea ce se află în spatele migrenei (ostilitate neexprimată), ajutându-l pe pacient să conștientizeze și să rezolve conflictul intrapsihic.

Distincția dintre terapia centrată pe simptom și cea de profunzime s-a făcut ca urmare a disputelor care au avut loc între partizanii psihanalizei și cei ai terapiei comportamentale (Eysenck, 1952). Această distincție se realizează însă mai mult în plan teoretic, deoarece majoritatea terapeuților clinicieni utilizează demersuri cu caracter eclectic, recurgând când la un tip de abordare, când la altul, în funcție de situație. Mulți hipnoterapeuți combină abordarea centrată pe simptom cu cea exploratorie (de profunzime) la același pacient și, uneori, chiar în cadrul aceleiași ședințe de psihoterapie. Hipnoza poate fi utilizată cu succes pentru o varietate de probleme, dar în funcție de particularitățile individuale ale pacientului, de natura simptomului, precum și a demersului terapeutic în cadrul căruia va fi inclusă.

Gibson și Heap (1991) prezintă o listă a tulburărilor în cazul cărora se poate utiliza hipnoza.

1. Controlul anxietății

Hipnoza dă rezultate foarte bune în majoritatea problemelor în care obiectivul principal îl reprezintă controlul anxietății și al tensiunii psihice. Nu există însă date suficiente care să ateste superioritatea hipnozei față de tehnicile de relaxare. Terapeutul este cel care trebuie să aleagă metoda, în funcție de particularitățile pacientului și de stilul personal de abordare terapeutică.

2. Tulburările psihosomatice

Hipnoza se utilizează cu succes și în tratamentul tulburărilor psihosomatice, cum ar fi: migrenele, astmul bronșic, afecțiunile dermatologice și unele tulburări digestive (de pildă colon iritabil) sau cardiovasculare. Factorul terapeutic în cazul acestor afecțiuni ține nu numai de relaxare, ci și de sugestiile terapeutice care pot influența anumite funcții fiziologice autonome la nivelul aparatelor cardiovascular, respirator și gastrointestinal, reducând în același timp și durerea sau disconfortul pacientului.

În acest domeniu de aplicații ale hipnozei pot fi incluși și pacienții care suferă de arsuri sau cei cu tulburări hemoragice, cum este, de pildă, hemofilia.

3. Procedurile medicale dureroase sau stresante

Hipnoza se utilizează și pentru a-i ajuta pe pacienți să facă față unor proceduri medicale sau stomatologice care produc anxietate, durere, disconfort și sângerare abundentă, proceduri cum ar fi intervențiile chirurgicale, extracțiile dentare, nașterile sau chimioterapia la pacienții cu cancer.

4. Modificarea atitudinilor și reacțiilor pacienților

Sugestiile hipnotice și posthipnotice se utilizează și pentru modificarea modului în care pacientul simte, gândește sau acționează în anumite situații. Astfel, unui fumător i se poate administra posthipnotic sugestia că, în momentul în care o țigară îi va atinge buzele, se va simți cuprins de o puternică senzație de greață.

5. Hipnoza în terapia psihodinamică

Hipnoanaliza, combinație între tehnicile hipnotice și psihanalitice, se utilizează în tratamentul acelor tulburări psihice care se datorează

unor conflicte emoționale de natură inconștientă, precum și unor amintiri refulate.

6. Tulburările obsesiv-compulsive

Hipnoza s-a dovedit a fi nu doar un adjuvant în tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive, Hoogduin (1988) demonstrând experimental că pacienții cu astfel de tulburări sunt slab hipnotizabili. Cu toate acestea, se poate apela la hipnoză pentru reducerea anxietății și stoparea gândurilor negative ale subiecților respectivi. În același timp, unele tehnici hipnoanalitice pot fi utile în dezvoltarea conflictelor latente, de natură inconștientă, care stau la baza instalării tulburării.

Hipnoterapia dă în schimb rezultate mult mai bune în cazul tulburărilor fobice: fobii simple, agorafobie și fobie socială. În cazul fobiilor, hipnoza trebuie să se aplice în combinație cu tehnici cognitive și comportamentale de desensibilizare. Spre deosebire de obsesivi, pacienții fobici au un scor ridicat de susceptibilitate hipnotică (Frankel și Ome, 1976).

7. Hipnoza în depresii

Pacienții depresivi pun probleme deosebite terapeuților de orice orientare (Storr, 1979; Gilbert, 1984).

Pe aceeași poziție se situează Harllance (1971), care susține că hipnoza este contraindicată în cazul depresivilor cu potențial suicidar. Această precauție pornește de la premisa că hipnoza poate precipita reacțiile suicidare ale clientului, deoarece îi modifică starea emoțională, conferindu-i suficientă energie pentru a-și duce la îndeplinire intențiile autodistructive.

Heap (1984/b) descrie cazul unui pacient depresiv care, după 11 sedințe de hipnoză cu sugestii de întărire a Eului, a comis o tentativă serioasă de suicid. Pacienții depresivi sunt subiecți dificili pentru hipnoză și din cauza incapacității lor de a-și concentra atenția, fapt ce îngreunează inducerea transei. Mai mult, în urma aplicării tehnicilor hipnoanalitice de dezvoltare a conținuturilor psihotraumatizante de natură inconștientă, pacientul se confruntă cu experiențe dezagreabile care îi vor accentua și mai mult starea depresivă. În pofida acestor dificultăți, hipnoza a început să fie aplicată cu rezultate mai bune la pacienții depresivi în combinație cu metodele terapiei cognitive.

Psihoterapeutul care lucrează cu astfel de cazuri trebuie să aibă în vedere și faptul că pacientul poate suferi de o tulburare afectivă

unipolar depresivă sau bipolară, situație în care este absolut necesară administrarea unui tratament psihiatric adecvat înainte de începerea oricărei psihoterapii.

8. Hipnoza la pacienții psihotici

Majoritatea autorilor sunt de părere că hipnoza este contraindicată la psihotici, și aceasta din următoarele motive:

- este dificil, dacă nu imposibil, să se stabilească o relație cu pacientul psihotic, cufundat în lumea sa imaginară;
- psihoticii au, din aceleași considerente, mari dificultăți de concentrare a atenției;
- tehnicile imaginative specifice hipnoterapiei pot conduce la exacerbarea ideilor delirante și a halucinațiilor.

9. Tulburările de personalitate

Observațiile clinice și studiile experimentale au condus la concluzia că subiecții cu personalitate psihopatică nu răspund bine la niciun fel de psihoterapie și, prin urmare, nici la hipnoză. Acești subiecți prezintă o structurare dizarmonică a personalității, nu se consideră bolnavi și nu solicită ajutorul altor persoane, ei fiind convinși că ceilalți sau condițiile neprielnice ale mediului reprezintă factorii responsabili de problemele lor.

10. Tulburările disociative

Unele studii nord-americane au evidențiat eficiența hipnozei în terapia unor tulburări disociative cum ar fi, de pildă, personalitățile multiple (Braun, 1984/b; Gonenwall, 1984). Subliniem încă o dată faptul că hipnoza nu reprezintă o terapie în sine, ci un element în cadrul unor demersuri terapeutice mai complexe, de tip comportamental, cognitiv sau analitic, aceasta contribuind la potențarea tehnicilor specifice respectivelor sisteme terapeutice.

Pentru ca inducția hipnotică să fie încununată de succes, este foarte important contextul în care se desfășoară ședința de hipnoză. Astfel, subiectul va avea expectații diferite dacă se va supune inducției hipnotice pe scenă (hipnoză de estradă), într-un cabinet de psihoterapie sau într-un laborator de psihologie experimentală. Expectațiile sale vor fi diferite în ceea ce privește acțiunea hipnotizatorului, propriile trăiri și experiențe, precum și sub raportul relației cu cel care induce hipnoza.

Din acest motiv, terapeutul trebuie să manevreze situația clinică, astfel încât să obțină cât mai mult succes în aplicarea tehnicii sale, creând pacientului expectații care să maximizeze receptivitatea la sugestii. O atmosferă caldă, apropiată, bazată pe încredere reciprocă este absolut necesară pentru hipnoterapie.

În unele cazuri, pacientul este cel care solicită hipnoza, în timp ce în altele, terapeutul sugerează că ar fi necesară o astfel de intervenție. Există și situații când decizia de utilizare a hipnozei va fi luată pe parcursul desfășurării unei terapii, cum ar fi, de pildă, cea cognitiv-comportamentală.

Indiferent în care dintre situații ne aflăm, terapeutul trebuie să exploreze expectațiile clientului sau în legătură cu hipnoza. Astfel, este bine să fie întrebat dacă a avut vreo experiență de acest tip pentru a-i surprinde atitudinile și opiniile referitoare la aceasta. O atenție deosebită trebuie acordată anxietăților pacientului, anxietăți care trebuie reduse într-o manieră blândă și securizantă.

Un aspect important al pregătirii pentru inducția hipnotică îl reprezintă crearea unei stări de relaxare fizică și psihică și direcționarea atenției subiectului dinspre stimulii exteriori către experiențe de natură internă: sentimente, amintiri, imagini etc. Starea de relaxare se poate obține prin utilizarea unei voci monotone, prin intermediul căreia terapeutul îi va descrie pacientului experiențele pe care le va trăi în timpul hipnozei. Este util să se amintească unele lucruri legate de transele spontane, specifice vieții cotidiene. Într-un anumit moment al discursului, pacientului i se va solicita să închidă ochii pentru a se concentra mai bine asupra experiențelor interne.

Este utilă și tehnica prin care se cere subiectului să fixeze un punct aflat undeva sus, fapt ce solicită încordarea musculaturii globilor oculari, contribuind apoi la realizarea senzației de greutate în pleoape, urmată de închiderea ochilor. Există mai multe tehnici de inducție hipnotică, toate având însă drept scop relaxarea subiectului și focalizarea atenției spre interior.

Hipnoterapia poate deci să îmbrace trei forme: a) terapie centrată pe simptom (are ca obiectiv eliminarea simptomului); b) psihoterapie analitică — hipnoanaliza (combinație a hipnozei cu psihanaliza); c) sisteme de psihoterapie în care hipnoza se combină cu foarte multe tehnici de psihoterapie scurtă, de orientare comportamentală și experiențială. În plus, hipnoza poate fi aplicată și în susținerea oricărui pacient cu afecțiuni organice, fiind utilă în reducerea anxietății. Se consideră

exagerată ideea că înlăturarea simptomului determină o substituție de simptom. Mai trebuie să se țină seama de faptul că, cu cât nevoia pacientului de a avea simptomul este mai mare (este vorba de un mecanism de apărare al Eului), cu atât mai rezistent va fi pacientul la psihoterapie. Deci pacientul trebuie să facă față simptomului său și să nu recidiveze sub acțiunea unui nou stres.

2. Prevenirea și controlul efectelor negative ale hipnoterapiei; rezistențele la hipnoterapie

De mai bine de o jumătate de secol s-a vorbit de așa-zisele efecte negative ale hipnozei, efecte care fie împiedică intrarea în hipnoză, fie constau în apariția unor simptome secundare acesteia. Se pune adesea întrebarea dacă practicarea hipnozei este periculoasă pentru pacient.

Bellet (2002, p. 231) este de părere că hipnoza în sine nu prezintă nici pericole, nici virtuți. Posibilele pericole derivă din intențiile celor care o aplică, fapt valabil pentru oricare altă tehnică psihologică bazată pe relații interpersonale, și țin de nerespectarea indicațiilor nosografice ale hipnozei. Singurul risc constă în aplicarea hipnozei de către un terapeut incompetent care nu are cunoștințe de medicină, psihopatologie și psihiatrie, situație în care hipnoterapia nu își atinge scopul.

Practica clinică a evidențiat faptul că decompensările grave survenite în urma hipnozei pot fi numărate pe degete. Chiar și în aceste cazuri a fost probabil vorba de un potențial psihotic preexistent care nu a fost remarcat de către terapeut și care ar fi putut să se manifeste oricum și în alte circumstanțe.

Bellet (2002) prezintă câteva contraindicații ale hipnozei, contraindicații dintre care majoritatea au un caracter relativ. Trebuie eliminați subiecții care prezintă următoarele probleme:

- deficienții mintal și cei cu demențe, care nu înțeleg ce anume li se cere;
- solicitările nerealiste venite din partea unor subiecți care vor să fie regresați în „viețile anterioare” sau să verifice fidelitatea partenerilor;
- pacienții cu schizofrenie paranoidă sau paranoia (mai ales cei cu idei de influență exterioară);

- după părerea noastră, trebuie eliminați și pacienții cu epilepsie (care nu urmează tratament anticonvulsivant), în cazul cărora fixarea privirii ar putea declanșa o criză.

Autorul subliniază faptul că unii pacienți psihotici, precum și cei de tip „borderline” (marginali) pot beneficia de hipnoză cu condiția ca terapeutul să fie medic psihiatru și să poată aprecia corect oportunitatea aplicării metodei.

Sugestibilitate și memorie (Yapko, 1995)

Să presupunem că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru coșmaruri, tulburări ale conduitei alimentare și dificultăți de relaționare cu sexul opus. Aceasta nu știe de unde îi vin simptomele, dar terapeutul îi sugerează faptul că ar fi putut fi molestată sexual în copilărie și că și-a refuzat amintirile. Prin intermediul regresiei hipnotice, cu vizualizare și imaginație dirijată, pacienta își amintește ce anume i s-a întâmplat, fiind de acord cu ideea că a fost agresată sexual în copilărie.

Se pune problema dacă respectivul abuz chiar a avut loc sau a fost „fabricat” fără intenție de către pacientă, pentru a se conforma expectațiilor și sugestiei terapeutului.

Astfel de situații au condus la o serie de controverse în domeniul hipnoterapiei. Unii terapeuți sunt de părere că existența unor psihotraume timpurii poate fi diagnosticată pe baza unor simptome (Blume, 1990; Fredrickson, 1992) și că tratamentul trebuie să implice identificarea amintirilor refuzate și procesarea lor terapeutică pentru a elibera pacientul de problemele sale. Acești specialiști consideră și că autorii abuzurilor invocă drept argument, pentru a scăpa de responsabilitatea faptelor lor, problemele falselor amintiri. Mai mult, ei sunt de părere că amintirile respective sunt adevărate și trebuie recunoscute ca atare pentru succesul terapiei.

Alți clinicieni sunt sceptici în ceea ce privește posibilitatea de a diagnostica exact amintirile refuzate ale unor experiențe traumatiche, pe baza unui set de simptome care ar putea avea și o altă explicație (Ganaway, 1991; Loftus, 1993). De altfel, conținuturile psihice reprimite nu pot fi identificate direct, ci doar deduse.

Acești cercetători consideră că prin sugerarea ideii că pacientul a fost molest, el poate fi influențat intenționat sau neintenționat să

creadă că acel eveniment chiar s-a produs. Acest lucru ar putea avea drept consecință acuzarea unor persoane nevinovate.

O serie de studii (Orne, 1979; Laurant și Perry, 1983; Sheehan, Statham și Jamieson, 1991; Lynn, Milano și Weeks, 1992; Loftus, 1993) au condus la concluzia că memoria este mai curând reconstructivă decât reproductivă, acuratețea amintirilor putând fi influențată de o serie de factori, printre care se numără și sugestia și dezinformarea.

De asemenea, refularea reprezintă un fenomen complex, influența acesteia asupra memoriei nefiind pe deplin elucidată (Loftus și Yapko, 1995). Astfel, nu se știe exact în ce măsură refularea reduce acuratețea amintirilor și în ce măsură procedeele hipnotice influențează amintirile respective.

Din cauza acestui fapt, falsele amintiri pot fi acceptate ca adevărate doar datorită ideilor preconceptuale ale terapeuților (Schefflin și Shapiro, 1989). Yapko (1995) este de părere că psihoterapeutul nu trebuie să tragă o concluzie pripită că a avut loc un abuz în copilărie doar pentru că această ipoteză i se pare plauzibilă, simptomele neputând fi considerate probe pentru dovedirea abuzului. În cazul în care clientul nu menționează nimic în legătură cu un posibil abuz, terapeutul trebuie să fie atent să nu i-l sugereze.

Uneori, terapeutul are motive întemeiate să suspecteze existența unui abuz și să considere că pacientul său trebuie informat în legătură cu opinia sa. Dacă acesta manifestă rezistență, nedorind să discute problema respectivă, terapeutul nu trebuie să „patologizeze” situația, interpretând-o ca pe un fenomen de negare. Dimpotrivă, este necesar să creeze o astfel de atmosferă, încât să lase clientului posibilitatea să decidă dacă problema respectivă trebuie să fie abordată sau nu.

Terapeutul nu trebuie să conchidă în mod automat că dacă un subiect nu-și amintește decât puține lucruri din copilărie, acesta prezintă amintiri psihotraumatizante refulate, pentru că există indivizi orientați predominant spre prezent sau viitor și care nu acordă prea multă importanță evenimentelor din trecut. De asemenea, cercetările de psihologie cognitivă au evidențiat faptul că înainte de vârsta de 2 ani copiii nu au formată structura mentală capabilă să înregistreze amintiri cu caracter coerent. Terapeutul nu trebuie să aducă în discuție problematica abuzului decât într-un context terapeutic precis delimitat și nu trebuie să adreseze clientului întrebări sugestive de tipul „Când s-a abuzat de tine?” sau „Cum a procedat persoana care a abuzat de tine?” etc.; întrebările care trebuie adresate sunt: „Ce vârstă aveau

atunci?”; „Unde te aflai?”; „Ce s-a petrecut atunci?”; „Cine a mai fost de față?”; „Ce s-a spus în timpul conversației cu persoana X?” etc.

Chiar și în cazul în care a fost identificată o situație reală de abuz, terapeutul ar da dovadă de lipsă de responsabilitate dacă l-ar influența pe client să-și părăsească familia. O astfel de decizie trebuie să-i aparțină în primul rând pacientului. Mai mult, dezgroparea cu orice preț a amintirilor psihotraumatizante trecute și procesarea lor automată nu se potrivesc tuturor pacienților. Rememorările prea frecvente ale unor evenimente psihotraumatizante îi pot determina pe unii pacienți să se simtă mai rău atunci când sunt confrunțați cu experiențe cărora nu le pot face față. Din acest motiv, o abordare menită să stimuleze activarea resurselor adaptative ale clientului, fiind mai puțin centrată pe procesările materialului mnezic, are mai multe șanse să fie încununată de succes.

Problematica rezistențelor

Yapko (1995) consideră că rezistențele reprezintă mai curând o modalitate prin intermediul căreia clientul comunică terapeutului propriile limitări în ceea ce privește modul său de a vedea lumea. Mai precis, rezistența nu reprezintă o limită a clientului, ci un mod în care acesta comunică ceea ce poate sau nu să realizeze. Acest mod de a vedea problema nu mai conduce la culpabilizarea clientului, despre care psihanalistii spuneau că sabotează în mod inconștient psihoterapia.

În cazul hipnoterapiei, manifestarea rezistențelor poate exprima faptul că subiectul decide să nu răspundă la sugestii pentru că acestea nu se potrivesc experienței sale sau pot chiar să o contrazică. Rezistențele pot să apară la inducția hipnotică sau la progresul terapiei (Brown și Fromm; Erickson și Rossi, 1979; Grinder și Bandler, 1981; Yapko, 1984).

Rezistențele la inducția hipnotică pot avea cauze multiple, dintre care menționăm (Yapko, 1995):

- teama legată de ce se va întâmpla în timpul hipnozei, teamă care se poate manifesta la persoanele care nu sunt suficient de bine informate în legătură cu fenomenul hipnotic;
- experiențele anterioare negative sau eșecurile pe care le-a trăit subiectul ori persoane semnificative pentru el în urma practicării hipnozei;

- stările afective negative induse subiectului de către clinician;
- variabile ce țin de context: ambianță, starea de sănătate a subiectului etc.;
- tipul și forma sugestiilor; neconcordanța dintre sugestiile administrate de terapeut și expectațiile clientului.

Rezistențele față de programul terapiei pot avea, la rândul lor, mai multe cauze:

- conflictele intrapsihice ale subiectului, mai ales ambivalența în ceea ce privește dorința de vindecare;
- strategiile și tehnicile terapeutice sunt considerate inacceptabile de către client;
- ritmul în care se desfășoară interviurile terapeutice (un ritm prea rapid sau prea lent poate conduce la rezistențe);
- relația transferențială: sentimentele negative față de terapeut sau, dimpotrivă, idealizarea acestuia poate impieta asupra progresului terapiei;
- variabile sau factori ce țin de context.

Strategia de abordare a rezistențelor ține de modul în care acestea sunt definite de către terapeut. Bandler și Grinder (1979) sunt de părere că rezistențele nu există în realitate; există doar terapeuți slab dotați.

În hipnoterapia ericksoniană, rezistențele sunt acceptate și utilizate. Terapeutul va accepta rezistențele ca pe o formă de comunicare din partea clientului și va încerca să găsească o modalitate de a utiliza răspunsul acestuia pentru potențarea sugestiilor viitoare. Astfel, manifestarea rezistențelor se va transforma într-un comportament de cooperare (în cazul în care terapeutul va defini tot ceea ce face clientul în termenii cooperării, rezistențele nu-și vor mai avea rostul).

A răspunde rezistențelor clientului, într-o manieră care presupune acceptare și nu confruntare, necesită o mare flexibilitate din partea terapeutului care se va adapta realității clientului său, în loc să-l solicite pe acesta din urmă să o accepte pe a sa.

Reacții neprevăzute față de hipnoză

Așa cum am mai subliniat, hipnoza în sine nu prezintă niciun fel de pericol. Eventualele probleme care pot să apară în urma utilizării ei țin de asocierile care se produc între diversele elemente ale comunicării ce are loc în timpul hipnozei: relația terapeut-client, stilul de

comunicare, conținutul sugestiilor, variabilele ce țin de context, precum și comunicarea intrapersonală (între diversele instanțe ale personalității clientului).

Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre aceste probleme (Yapko, 1995):

1. Substituția de simptom

Se referă la apariția unui alt simptom, nu neapărat mai grav, după înlăturarea celui vechi prin intermediul hipnozei. Pentru a aduce hipnozei o asemenea acuză ea trebuie considerată doar ca terapie centrată pe simptom, în opoziție cu terapiile dinamice de profunzime care postulează faptul că energia psihică specifică unor conflicte interne se va redirecționa spre un alt simptom, atâta timp cât conflictele intrapsihice nu sunt rezolvate. Asemenea obiecții se pot formula la adresa oricărei psihoterapii scurte de orientare comportamentală sau cognitiv-comportamentală și chiar a tratamentului medicamentos.

Hipnoza poate fi utilizată ca terapie centrată pe simptom (sugestii directe de înlăturare a simptomului), dar aceasta va fi mult mai eficientă dacă se va înțelege semnificația psihologică profundă a simptomului. Acest lucru presupune însă o pregătire mult mai aprofundată a hipnoterapeutului.

2. Imposibilitatea de a anula efectele sugestiilor

Unele persoane se tem că nu cumva terapeutul să uite să anuleze sugestiile administrate, acestea având consecințe și după încheierea transei. Răspunzând la această obiecție, Yapko (1995) susține că reacțiile subiectului hipnotizat au un caracter situațional, ele funcționând doar pe perioada când persoana se află în hipnoză. Aceste reacții nu vor fi prelungite în starea de veghe decât dacă se administrează sugestii exprese în acest sens.

Reamintim faptul că obiectivul hipnoterapiei îl reprezintă, printre altele, utilizarea unor sugestii posthipnotice care să permită generalizarea experiențelor acumulate în hipnoză în alte situații de viață. Efectele sugestiilor administrate în stare de hipnoză și care nu sunt posthipnotice vor dispărea în mod spontan odată cu ieșirea din tranșă. Dacă totuși clientul continuă să trăiască anumite stări specifice hipnozei și după încheierea ședinței, înseamnă că acesta și-a administrat singur, dintr-un motiv sau altul, o autosugestie posthipnotică. În acest caz, terapeutul va reinduce hipnoza și va anula sugestia respectivă.

3. Regresia spontană și fenomenele de abreactie (descărcare emoțională)

Regresia spontană presupune re trăirea unor experiențe trecute, experiențe care au fost reprimare, iar abreactia reprezintă apariția unei reacții emoționale puternice la re trăirea amintirilor respective.

Apariția regresiei spontane este un semn că subiectul are o serie de conflicte intrapsihice nerezolvate. Uneori, refularea unor experiențe psihotraumatizante este atât de puternică, încât acestea rămân în afara conștiinței chiar în timpul hipnozei; subiectul are amnezia celor petrecute și poate prezenta la ieșirea din hipnoză dureri de cap, amețeli sau alte simptome minore, deranjante. Unii terapeuți stimulează aceste descărcări în scopuri terapeutice; în alte cazuri, ele se manifestă, așa cum am mai subliniat, în mod spontan.

Abreactiile pot îmbrăca diverse forme: plâns, tremor, respirație accelerată, convulsii de tip isteric, ieșire bruscă din hipnoză și chiar halucinații și idei delirante. Aceste fenomene trebuie abordate cu blândețe într-un mod suportiv. Terapeutul va solicita clientului pe un ton calm să-și descrie experiențele, să permită ca descărcarea emoțională să aibă loc, să accepte și să utilizeze reacțiile manifestate și să-l ajute să-și schimbe perspectiva, în ideea că trecutul nu poate fi modificat, ci doar atitudinea față de acesta. Este indicată administrarea unor sugestii de liniștire, pe un ton blând, care să inspire încredere. Chiar dacă timpul acordat clientului se scurge, acesta va mai fi menținut în cabinet până când se va simți complet restabilit.

Deși efectele negative ale hipnozei au fost mult exagerate de literatura de senzație, există totuși unele situații clinice care solicită din partea terapeutului un grad sporit de vigilență. Cunoașterea acestor situații îi va permite terapeutului să controleze reacțiile subiecților, intervenind cu calm și într-o manieră încurajatoare, ori de câte ori apare vreo problemă pe parcursul terapiei.

Frauman, Lynn și Brentar (1993) prezintă aceste situații de care trebuie să țină seama terapeutul specializat în hipnoterapie.

I. Prezența în antecedentele subiecților a unor reacții de tip disociativ

Un pacient care prezintă în antecedente experiențe neobișnuite, consecutive utilizării unor anestezice sau analgezice sau episoade disociative de orice tip (depersonalizare, derealizare, fugă isterică) necesită o atenție specială din partea terapeutului, deoarece acesta poa-

te avea experiențe confuze referitoare la relaxare sau la modificările perceptive care apar în cursul hipnozei și care îi pot aminti de reacțiile adverse trăite în timpul anesteziei.

Discontinuitățile din cadrul fluxului asociațiilor mentale, sentimentele de irealitate și stimularea trăirilor imaginative specifice relaxării și hipnozei pot conduce la exacerbară reacțiilor disociative la indivizii predispuși, ceea ce poate să le sporească anxietatea. În același timp, un hipnoterapeut începător poate deveni la rândul său anxios, având sentimentul că nu ține lucrurile sub control.

II. Pacienții care prezintă un risc de decompensare psihotică

Cei cu trăsături paranoide de personalitate, care suferă de teama morbidă de a nu fi influențați sau controlați, precum și cei cu structură de tip bordeline, ce pot trăi hipnoza ca pe o experiență bruscă, intruzivă și nedorită, care le violează intimitatea, nu sunt subiecți potriviți pentru hipnoză. Aceștia pot interpreta greșit fenomenul hipnotic sau intențiile hipnoterapeutului, ceea ce contribuie uneori la exacerbară simptomelor. Astfel, ei pot să manifeste în timpul hipnozei fenomene de tip halucinatoriu sau să dezvolte idei delirante de prejudiciu ori influență exterioară.

III. Transferul negativ

Experiențele timpurii pe care le-au avut unii pacienți cu părinții sau alte figuri învestite cu autoritate îi predispun să-l privească pe hipnoterapeut cu neîncredere, supărare sau teamă. La aceste manifestări contribuie și aspectele culturale care îl înconjoară pe hipnotizator cu o aureolă de mister, autoritate și putere, fapt ce poate accentua reacția negativă a subiectului față de o situație care presupune dominanță și control din partea altcuiva (Fromm, 1980). În astfel de cazuri, subiectul nu mai este suficient de implicat în hipnoză, pe care o poate considera o experiență negativă.

IV. Prejudecățile legate de hipnoză

Aceste prejudecăți pot submina încrederea subiectului în hipnoterapeut, împiedicându-l să se abandoneze experienței hipnotice. Ideile preconcepționale cu privire la hipnoză se datorează în mare măsură hipnozei de estradă sau emisiunilor din mass-media care caută senzaționalul.

Cele mai frecvente prejudecăți sunt următoarele (Yapko, 1995):

1. *Hipnoza se datorează forței degajate de hipnotizator.*

Hipnoterapeutul își poate utiliza abilitățile de comunicare pentru a-l influența pe pacient prin intermediul sugestiilor, îi poate ghida experiențele subiective, dar numai în măsura în care clientul permite acest lucru, în cadrul unei relații de colaborare.

2. *Numai anumite persoane pot fi hipnotizate.*

Observațiile clinice au demonstrat faptul că există persoane la care hipnoza este mai ușor de indus decât la altele. Acestea din urmă sunt mai puțin receptive, din următoarele motive: se tem de pierderea autocontrolului, trec brusc de la stări de relaxare la stări de încordare, au dificultăți de a se relaxa, sunt excesiv de atente la stimulii ambianței etc. Atunci când natura rezistenței la hipnoză este identificată și rezolvată, un pacient „difícil” se poate transforma într-un bun subiect pentru hipnoză (Barber, 1980; Araoz, 1985).

3. *Persoanele hipnotizabile se caracterizează prin voință slabă.*

Hipnotizabilitatea nu se corelează în mod special cu anumite particularități ale personalității. Practic, orice om poate intra în mod spontan în stări de transă hipnotică. Prejudecata legată de lipsa de voință a subiectului ține de imaginea, devenită aproape tradițională, a hipnotizatorului ca o persoană care exercită un control asupra altcuiva (Weitzenhoffer, 1989).

4. *Odată hipnotizată, persoana va rămâne pentru totdeauna sub controlul hipnotizatorului.*

Procesul hipnotic are la bază interacțiunea dintre pacient și terapeut cu scopul de a atinge anumite obiective dezirabile. În cazul în care pacientul decide să nu mai intre în hipnoză dintr-un motiv sau altul, acesta este liber să nu o facă, natura fenomenului hipnotic fiind determinată contextual. Experiențele anterioare avute cu hipnoza, relația cu terapeutul, dar și contextul particular în care se desfășoară aceasta reprezintă variabile care vor influența decizia subiectului de a intra sau nu în hipnoză.

5. *O persoană hipnotizată va spune sau va întreprinde ceva împotriva voinței sale.*

Aceasta reprezintă poate cea mai controversată problemă legată de hipnoză. Este cunoscut faptul că există posibilitatea de a manipula

oamenii, obligându-i să facă anumite lucruri împotriva voinței lor, cum ar fi, de pildă, fenomenul de „spălare a creierului”. Cu toate acestea, contextul psihoterapeutic nu favorizează astfel de fenomene, pentru că pune un accent deosebit pe normele etice.

6. *A fi hipnotizat este periculos pentru sănătate.*

Hipnoza în sine nu reprezintă niciun pericol pentru nimeni, dar există hipnotizatori incompetenți sau lipsiți de scrupule care pot aduce unele prejudicii subiectului, din ignoranță sau lipsă de respect pentru integritatea ființei umane (Mac Hovec, 1986; Kleinhaus și Eli, 1987; Frauman, Lynn și Brentar, 1993).

Tulburările emoționale pot să apară nu din cauza hipnozei, ci a conținutului sugestiilor sau a incapacității terapeutului de a ghida corect pacientul. Același fenomen se poate petrece însă și în cazul oricărei alte relații de ajutorare psihologică, în cadrul căreia terapeutul poate oferi sfaturi neadecvate, îl poate dezinforma (desigur, fără voie) pe pacient, poate face promisiuni fără acoperire, poate comite erori de diagnostic sau, pur și simplu, îl poate face pe pacient să-și irosească timpul și banii. Corect practică, hipnoza poate contribui la creșterea autocontrolului, a încrederii în sine a pacientului, la rezolvarea unor conflicte de natură emoțională, precum și la crearea unei stări de bine psihologic.

7. *Subiectul va deveni dependent de hipnoterapeut.*

Hipnoza, ca instrument terapeutic, nu creează o dependență mai mare decât o terapie cognitiv-comportamentală, analitică sau chiar decât aplicarea unor teste psihologice. Dependența reprezintă o nevoie pe care o are orice ființă umană într-o anumită măsură. Persoanele cu probleme psihologice, care solicită ajutor, au un grad mai mare de dependență față de alți oameni, scopul terapeutului fiind tocmai recăștigarea autonomiei și a încrederii în sine.

Intr-o măsură mai mare decât tehnicile terapeutice care încurajează pacientul să privească terapeutul ca pe o sursă de răspunsuri, hipnoza, utilizată corect, îl poate ajuta pe pacient să se orienteze spre interior și să-și valorifice propriile disponibilități latente.

Învățarea autohipnozei contribuie, la rândul său, la creșterea autonomiei pacientului, așa cum spune străvechea zicală orientală: „Dacă îi dai unui om un pește, îi asiguri o masă; dacă îl înveți să pescuiască, îi oferi hrană pentru toată viața”. Persoanele care practică autohipnoza

își vor dezvolta mecanisme de autoreglare psihică și, în consecință, vor avea un autocontrol mai bun asupra propriei lor existențe.

8. Persoana hipnotizată nu mai poate ieși din hipnoză.

Hipnoza reprezintă o stare de concentrare a atenției către interior sau exterior, focalizare ce poate fi întreruptă de client, care poate iniția sau încheia respectiva experiență oricând dorește (Watkins, 1986; Kirsch, Lynn și Rhue, 1993).

9. În timpul hipnozei, persoana este adormită sau se află într-o stare de inconștiență.

Studiile au demonstrat faptul că hipnoza nu este echivalentă cu somnul. Aparent, subiectul hipnotizat după tehnici tradiționale poate aminti de o persoană adormită (absența activității motorii, relaxare musculară, respirație încetinită), dar sub aspect psihologic persoana se află într-o stare de veghe relaxată, fiind conștientă de ceea ce se întâmplă în jur chiar și atunci când transa este mai profundă (Weitzenhoffer, 1989).

În cazul transei spontane, gradul de conștientizare a stimulilor ambianței este și mai ridicat, mai ales datorită faptului că relaxarea musculară nu este obligatorie. Un argument în favoarea ipotezei că hipnoza nu înseamnă somn este furnizat și de patternul electroencefalografic care este unul de veghe relaxată: unde cerebrale „alfa”. Ținând seama de faptul că și în hipnoză profundă subiectul este într-o oarecare măsură conștient de stimulii exteriori, nu se recomandă ca terapeutul să sugereze ideea de somn.

10. Hipnoza nu trebuie neapărat indusă cu ajutorul unui ritual standardizat, fenomene de acest tip putând să apară și în afara inducției propriu-zise.

Înțeleasă în contextul unei relații de comunicare, transa se instalează în cazul în care atenția subiectului este focalizată pe stările emoționale sau pe ideile sugerate de terapeut. Atâta timp cât atenția acestuia este orientată spre interior sau spre stimuli exteriori care, la rândul lor, declanșează trăiri subiective, persoana se află mai mult sau mai puțin în hipnoză.

11. Persoana hipnotizată trebuie să fie în mod obligatoriu relaxată.

Deoarece hipnoza presupune concentrarea atenției, aceasta poate să apară în mod spontan și atunci când subiectul conversează, citeș-

te sau în orice altă situație când acesta este concentrat. Subiectul aflat în transă poate trăi stări de anxietate sau poate desfășura o activitate motorie, relaxarea fizică nefiind o condiție obligatorie pentru hipnoză (Malott, 1984; Banyai, Zseni și Tury, 1993).

12. Hipnoza reprezintă o psihoterapie.

Hipnoza nu este o terapie, ci un instrument terapeutic ce poate fi utilizat în foarte multe feluri. Hipnoterapeutul nu trebuie să se bazeze neapărat pe o anumită concepție teoretică sau să aibă o anumită orientare practică. Hipnoza, în sens larg, reprezintă o componentă a oricărui demers psihoterapeutic în cadrul căruia o persoană se angajează în demersul de influențare a altei persoane (Lankton, 1982; Kirsch, Lynn și Rhue, 1993).

13. Hipnoza poate fi utilizată pentru ca subiectul să-și amintească cu exactitate toate experiențele trăite.

Unii specialiști au comparat psihicul uman cu un calculator în care fiecare informație este stocată cu precizie și poate fi oricând accesată. Yapko (1995) consideră că metafora calculatorului nu se potrivește minții omenesti pentru că psihicul nu înregistrează și nu stochează experiențele pentru a fi reproduse cu exactitate. Mai precis, informațiile sunt stocate în același mod cu percepțiile și pot fi distorsionate la fel ca și acestea.

Oamenii își pot „aminti” lucruri care nu s-au petrecut niciodată, își pot aminti fragmente de experiențe, pot combina elemente specifice mai multor tipuri de informații pe care le transformă în „false amintiri” (Orne, 1984; McConkey, 1992; Yapko, 1994).

V. Experiențe negative de dată recentă

Uneori, reacțiile negative ale unor persoane față de hipnoză își au originea în experiențele negative pe care acestea le-au avut cu un hipnoterapeut (Orne, 1965). În astfel de cazuri, este indicată o discuție sinceră și deschisă cu clientul, noul terapeut căutând să corecteze pe cât posibil ceea ce s-a petrecut înainte.

VI. Sugestiile administrate pot reactiva o reacție emoțională neașteptată

Sugestiile hipnotice pot activa anxietăți, conflicte, amintiri dezagrebile, dând posibilitatea exprimării unor afecte refulate (Fromm, 1980).

Adesea, sugestiile pentru obținerea regresiei de vârstă sau cele legate de visele hipnotice pot activa elemente importante din zonele inconștiente ale psihismului subiectului, fapt ce poate declanșa abreații (descărcări emoționale) puternice. Astfel, o pacientă căreia i s-a sugerat să regreseze până la vârsta de 8 ani, a început să plângă în hohote și să respire cu dificultate. Pradă unei emoții puternice, ea a descris modul în care a fost agresată sexual de un vecin în vârstă de 16 ani.

Lynn (1993) relatează cazul unui participant la un grup de învățare a autohipnozei care a intrat în panică și a părăsit încăperea atunci când i s-a cerut să-și concentreze atenția asupra gândurilor sale. Pacientul s-a dovedit a fi un obsesiv care lupta din răspuțeri cu gândul absurd că își va sugruma logodnica. Peste puțin timp, subiectul în cauză a acceptat faptul că are nevoie de tratament psihiatric.

VII. Sugestii dificile sau inadecvate

Sugestiile implică solicitări diferite din partea subiecților sub aspect cognitiv, perceptiv, emoțional sau motoriu. Există sugestii motorii simple, cum ar fi, de pildă, testul levitației brațului, care pot fi realizate de majoritatea subiecților hipnotizați. Dimpotrivă, sugestiile care implică realizarea unor acțiuni posthipnotice, regresia de vârstă sau experiențele de părăsire a corpului sunt urmate de maximum 50% dintre subiecți. Eșecul în îndeplinirea sugestiilor respective poate trezi la subiecți sentimente de neadecvare, anxietate sau depresie (Lynn și Hammel, 1987). Mai mult, sugestiile care presupun experiențe perceptive modificate (iluzii, halucinații) pot genera stări afective negative, chiar dacă subiectul reacționează la ele (Nash ș.a., 1984).

VIII. Sugestiile directe de reducere a simptomelor

Deoarece simptomele reprezintă mecanisme adaptative, care implică beneficii secundare (avantaje) neconștientizate, sugerarea directă și în forță a abandonării simptomelor poate produce la subiect un conflict puternic între tendința de a urma indicația hipnoterapeutului și aceea de a renunța la o strategie psihologică utilă, cel puțin pe termen scurt (Fromm, 1980).

IX. Contratransferul

Orne (1965) sublinia faptul că natura directivă a hipnoterapeutului poate să accentueze apariția fenomenelor de contratransfer specifice oricărei psihoterapii. Acționând ca un hipnotizator, hipnoterape-

utului îi vine mult mai greu să păstreze distanța terapeutică necesară și, de multe ori, utilizarea hipnozei servește mai mult intereselor terapeutului decât pacientului.

X. Insuficienta pregătire a terapeutului

Hipnotizatorii care nu au suficiente experiențe și pregătire în domeniul evaluării psihologice, al psihoterapiei, al psihopatologiei și al psihiatriei sunt mult mai vulnerabili la „efectele negative” ale hipnozei, pe care nu le pot anticipa și controla suficient.

Modalitățile de limitare a efectelor negative ale hipnozei (Frauman, Lynn, Brentar, 1993)

1. Crearea unei alianțe terapeutice solide

O alianță terapeutică puternică reprezintă una dintre cele mai importante metode de contracarare a efectelor negative ale hipnozei. Pentru terapeut, aceasta înseamnă grijă pentru pacientul său, respect față de acesta, autoevaluare onestă, conștientizarea limitelor și a efectelor competenței sale și evaluarea continuă a rezultatelor contratransferului (Mays și Franks, 1985). Comunicarea deschisă, respectul reciproc și soluționarea eficientă a problemelor sunt condițiile necesare ale unei alianțe terapeutice sănătoase.

2. Evaluarea și investigarea atentă și minuțioasă a clientului

Pentru a preîntâmpina apariția unor probleme în cursul hipnozei este absolut necesar să cunoaștem experiențele subiectului referitoare la hipnoză, precum și atitudinea lui față de aceasta. Terapeutul va adresa întrebări directe în legătură cu credințele și cunoștințele subiectului cu privire la hipnoză și la alte fenomene asemănătoare (relaxare, imaginație dirijată). În cazul în care clientul recunoaște că a trăit o experiență hipnotică anterioară, i se solicită detalii suplimentare (cât de profundă a fost transa, ce a simțit, ce sugestii a primit, cum a reacționat la sugestii, ce a fost agreabil sau dezagreabil în cadrul experienței respective etc.).

Terapeutul va utiliza experiențele pozitive ale clientului, pe care le va încorpora în intervenția terapeutică actuală. De asemenea, acesta va trebui să observe modul în care subiectul descrie anumite experiențe

negative și să le reeticheteze (de pildă, terapeutul spune că acesta este un semn că hipnoza s-a produs).

În unele cazuri este necesară administrarea unor sugestii de contracarare a unor reacții sau trăiri cu conținut negativ. Se recomandă ca subiecții să fie solicitați să fabuleze în legătură cu ceea ce cred ei că ar putea fi hipnoza, pentru că în felul acesta terapeutul poate obține informații referitoare la anxietățile și atitudinile greșite legate de hipnoză și le poate contracara. Se recomandă, de asemenea, mai ales în cazul persoanelor care nu au mai făcut niciodată hipnoză, să se utilizeze sugestii care să întărească autocontrolul subiectului în timpul hipnozei.

Interviul preliminar trebuie să conțină și date referitoare la tratamentele psihoterapeutice urmate, precum și la copilăria subiectului și relațiile semnificative din perioada respectivă. Mai ales aceste date ne sunt necesare pentru a anticipa posibilele reacții transferențiale, precum și abilitatea clientului de a accepta și menține o alianță terapeutică. Informațiile referitoare la nivelul intelectual și cultural pot fi importante pentru modul de formulare a sugestiilor hipnotice. O atenție specială trebuie acordată experiențelor disociative sau celor cu droguri ori anestezice, terapeutul fiind avizat în cazul apariției unor posibile aspecte negative.

3. Particularitățile unei ședințe de hipnoză

Interviul preliminar

Terapeutul va aprecia dacă hipnoza reprezintă modalitatea terapeutică potrivită pentru un anumit client. Acesta va trebui să acorde o atenție specială clienților cu tendințe suicidare, celor psihotici, consumatorilor cronici de alcool sau droguri, cu tulburări de personalitate sau cu alte tulburări psihopatologice care presupun dependență excesivă sau labilitate emoțională accentuată (Wester, 1984; Crasilneck și Hall, 1985; Hawkins, 2006), dar aceasta nu înseamnă că aceste categorii nu pot beneficia de pe urma hipnozei aplicate de către specialiști competenți.

Terapeutul este cel care va decide în ce măsură clientul va fi abordat prin intermediul unor proceduri directe sau indirecte. În cazul în care simptomele prezente vor împiedica asupra relației psihoterapeutice sau a contextului în care trebuie să se realizeze hipnoza, se va amâna inducția de tip formal până când alianța terapeutică va funcționa

în mod eficient (Phillips și Frederick, 1995), acest lucru fiind de altfel valabil și pentru alte categorii de clienți.

Este important de subliniat și faptul că psihoterapia începe chiar înainte ca subiectul să-l întâlnească pe terapeut. Astfel, în timpul convorbirii telefonice de fixare a întâlnirii, terapeutul va trebui să „sădească” în mintea clientului sugestii optimiste, care redau speranța în vindecare. Aceste sugestii cu conținut pozitiv vor fi amplificate în timpul conversației introductive.

Pregătirea clientului pentru hipnoză implică reducerea rezistențelor, furnizarea unor informații referitoare la hipnoză și procedurile ce vor fi aplicate, precum și clarificarea unor neclarități privind fenomenul hipnotic. Această etapă este denumită de unii autori preinducție hipnotică, deși se poate spune că aceasta face parte chiar din inducția propriu-zisă (Hawkins, 2006).

Utilizarea termenului de hipnoză nu este absolut necesară cu unii dintre clienți, acesta putând fi înlocuit cu termeni ca „relaxare profundă” sau „imaginație dirijată”. Conotația pozitivă sau negativă a termenului de hipnoză va depinde de expectațiile clientului cu privire la acesta.

Terapeutul va încuraja apoi clientul să-și povestească în detaliu istoria vieții și să-și prezinte problemele, fapt ce va crea un climat favorabil pentru inducția hipnotică.

În contextul interviului preliminar, clientului pot să-i fie adresate o serie de întrebări care vor furniza hipnoterapeutului informații importante (Hawkins, 2006, p. 51):

- Cine l-a trimis pe client în cabinetul de hipnoterapie?
- Care este motivația acestuia de a căuta sprijin pentru problemele sale curente?
- Reprezintă problemele curente ale clientului o reacție față de așteptările sau nevoile altor persoane?
- Cu cât timp în urmă au început să se manifeste simptomele?
- Există perioade de timp când lucrurile merg mai bine sau mai rău?
- În cazul în care s-ar produce o minune și el ar fi vindecat, în ce mod i s-ar schimba existența?
- Are clientul vreo explicație personală referitoare la modul în care a apărut problema?

Terapeutul va explica faptul că nu este necesar ca subiectul să-și bazeze explicațiile pe fapte evidente, dovedite.

- Cine acordă clientului un sprijin de natură emoțională?
- Dacă mai are acesta de adăugat și alte lucruri față de cele discutate.

Răspunsul la întrebarea „Dacă există perioade în care lucrurile stau mai bine sau mai rău?” este, de regulă afirmativ, situație în care terapeutul va sublinia faptul că pacientul dispune de resursele necesare pentru a depăși problemele curente pentru care s-a prezentat la psihoterapie. În timpul interviului preliminar vor fi culese și informații referitoare la aspecte legate de istoria medicală (tratamente medicale și terapeutice urmate, probleme familiale, educaționale, stilul de viață, interese și aspirații, experiențe pozitive și negative și expectațiile legate de psihoterapie etc.

În măsura posibilităților, terapeutul va utiliza un stil de comunicare special, menit să activeze instanțele psihice, de natură inconștientă, ca în exemplul de mai jos:

„Stai foarte relaxat și lasă-ți ochii să se închidă... E bine așa... Acum întoarce-te în timp în perioada de dinaintea apariției problemei tale și imaginează-ți cum arăta viața ta atunci... Bucură-te de faptul că re trăiești acea perioadă ca și cum lucrurile s-ar petrece în prezent... Re trăiește acele momente știind faptul că vei putea accesa oricând dorești acele informații pozitive”.

Această sugestie simplă de regresie în timp va crește receptivitatea clientului la hipnoză și îl va pregăti în același timp pentru sugestiile care vor fi administrate ulterior.

Tot în cursul interviului preliminar terapeutul va clarifica împreună cu clientul prejudecățile și miturile legate de hipnoză (că este un fenomen paranormal, că va adormi în timpul hipnozei, că este un fenomen nociv, că va face sau va spune lucruri inacceptabile, aflându-se sub controlul total al terapeutului, sau că nu se va putea trezi din tranșa hipnotică etc.).

Hawkins (2006, p. 54) utilizează câteva întrebări și afirmații menite să „normalizeze” hipnoza în ochii clientului, dintre care le menționăm pe următoarele:

„Ați fost vreodată atât de absorbit de lectura unei cărți sau de vizionarea unui program TV, încât ați uitat unde vă aflați sau chiar cine sunteți?”

„Ați observat cum unii oameni sunt atât de absorbiți de ceea ce fac, încât nici nu vă răspund la întrebări?”

„Uneori oamenii sunt atât de preocupați de activitatea lor, încât pierd noțiunea timpului?”

„Vi s-a întâmplat ca înainte de culcare să vă gândiți la o problemă și dimineața să vă treziți cu aceasta rezolvată?”

„Ați observat că atunci când vă simțiți bine timpul trece mai repede, iar atunci când sunteți plictisit trece mai greu?”

„Uneori oamenii își reamintesc fapte și evenimente trecute atunci când ascultă o melodie” etc.

Unii clienți consideră că prin intermediul hipnozei se vor rezolva în mod miraculos toate problemele lor. Deși aceste expectații pozitive exagerate nu trebuie total destructurate, terapeutul va trebui să-l dirijeze pe client să-și stabilească un set de obiective mai realiste.

Este, de asemenea, important ca subiectul să înțeleagă faptul că dispune de resurse interioare pentru soluționarea creativă a problemelor și vindecare în plan psihosomatic.

În timpul interviului preliminar, terapeutul și clientul vor identifica și care sunt problemele sau simptomele cele mai invalidante la momentul prezent, realizând o ierarhizare a acestora în funcție de importanța lor. Terapeutul va căuta să trezească speranța, curiozitatea și expectațiile pozitive ale clientului, creându-i în același timp o ușoară stare de confuzie care îl va pregăti pentru inducția hipnotică.

Eficiența demersului terapeutic va depinde în mare măsură de stabilirea unei alianțe terapeutice bazate pe încredere și colaborare, care să activeze clientul din punct de vedere emoțional, făcându-l să se implice total în psihoterapie.

Philips și Frederick (1995, pp. 45-46) prezintă câteva tehnici utile pentru a-l introduce pe client în starea de hipnoză:

- Relaxarea activă sau pasivă;
- Închiderea relaxată a ochilor;
- Concentrarea atenției spre interior;
- Adâncirea transei ușoare obținute în mod spontan, într-o manieră degajată și confortabilă;
- Dezvoltarea capacității de a răspunde la sugestii care implică experiențe în plan imaginativ;
- Dezvoltarea capacității de a reacționa la sugestii de tip auditiv și kinestezic;
- Dezvoltarea abilității de a opri în mod voluntar experiențele imaginative interioare;
- „Punte afectivă” (focalizarea asupra experiențelor pozitive trecute și readucerea acestora în prezent).

Angajarea în aceste experiențe îi va permite clientului să-și dezvolte sentimentul de autocontrol și încredere în sine, să depășească rezistențele la psihoterapie și să consolideze alianța terapeutică.

Încheierea ședinței de psihoterapie

La sfârșitul unei ședințe de hipnoză, terapeutul trebuie să se asigure de faptul că subiectul va funcționa la nivel rațional ca un adult și va fi pe deplin ancorat în prezent.

Există mai multe tehnici de readucere a clientului în starea „aici și acum” (Hawkins, 2006, p. 70):

- Descrieri cu caracter concret (descrierea încăperii sau a traseului de parcurs până acasă etc.);
- Întărirea Eului (clientului i se poate sugera să se concentreze asupra unui moment viitor al zilei în care se va simți foarte bine);
- Acordarea de feedbackuri pozitive din partea terapeutului;
- Discutarea conținutului unor sarcini pentru acasă.

Prezentăm mai jos câteva tehnici directe și indirecte de ieșire din transă, personale sau preluate din literatura de specialitate:

„Cu fiecare inspirație, te cuprinde tot mai mult o stare de vioiciune, de prospețime, care cuprinde brațele, picioarele... se împrăstie în tot corpul... ajunge în zona gâtului, a feței, a pleoapelor... senzația de prospețime, de alertă pătrunde în pleoape, care au tendința de a se deschide, de a se deschide ca de la sine... în timp ce revii treptat înapoi în această încăpere și te simți tot mai vioi... tot mai alert... tot mai activ... tot mai conștient de ideile bune care au pătruns în inconștientul tău și au rămas acolo pentru a lucra în favoarea ta... chiar dacă tu nu-ți dai seama de ceea ce se petrece...”

„Atunci când Eul tău interior știe că a lucrat suficient asupra problemelor tale în cursul zilei de azi... vei observa cum picioarele tale se vor mișca primele sau poate că brațele vor fi cele care se vor mișca la început, în timp ce tu te trezești și ești gata să discuți despre cele petrecute dacă vei considera necesar” (Rossi, 1996, p. 198.)

„De îndată ce inconștientul tău știe că poate reveni la starea inițială în mod plăcut, confortabil pentru tine, vei simți cum revii la starea de veghe și te simți tot mai vioi și mai alert!” (Erickson și Rossi, 1976 b, p. 13)

Consimțământul subiectului

Hipnoterapia poate fi aplicată doar cu consimțământul explicit al clientului. Terapeutul îi va explica acestuia în ce constă tehnica și, pentru că majoritatea subiecților consideră experiența agreabilă și rela-

xantă, îi va relata acest lucru, creându-i expectații pozitive cu privire la hipnoză. Cu acest prilej se vor clarifica și concepțiile eronate cu privire la hipnoză.

Asigurarea autocontrolului clientului

Anxietatea clientului cu privire la hipnoză poate fi redusă prin demitizarea procedurilor și prin ajutarea acestuia să păstreze controlul asupra a ceea ce se petrece. Tehnicile hipnotice pot fi descrise prin comparație cu alte fenomene asemănătoare (starea de relaxare sau de concentrare maximă etc.) și pot fi prezentate ca tehnici de autohipnoză sau relaxare profundă.

În cazul subiecților care se tem foarte mult de pierderea controlului, terapeutul trebuie să insiste asupra faptului că subiectul va rămâne conștient, va putea vorbi cu terapeutul și va putea deschide ochii atunci când dorește. Chiar în cadrul inducției hipnotice este bine să se administreze sugestii de calm, relaxare fizică și psihică, confort și securitate interioară, stare de bine psihic și spontaneitate controlată.

Realizarea unei colaborări cu subiectul (hipnoza colaborativă)

Un climat terapeutic caracterizat prin permisivitate, colaborare și respect față de obiectivele clientului contribuie în mare măsură la eliminarea efectelor negative ale hipnozei (Fromm, 1980; Overholser, 1988). Pacientul care se simte constrâns sau cel căruia i se comandă să reacționeze într-un anumit fel va fi mult mai înclinat să se opună în mod direct sau indirect, în timp ce o persoană care este invitată să participe la o acțiune va colabora cu mai mult entuziasm (Fromm, 1980).

Este indicat să începem cu niște sugestii mai permissive, mai puțin autoritare și abia după ce hipnoza progresează clientul poate fi abordat mai directiv. Fromm (1980) sublinia faptul că hipnoza colaborativă înseamnă să dăm ceva subiectului, și nu să-i luăm ceva. De pildă, în loc să i se sugereze unei paciente obeze că dulciurile și mâncărurile grase îi fac rău, este mai indicat să i se dea de înțeles că glandele ei salivare vor lucra mai încet și că va trebui să mestece mai mult fiecare îmbucătură pentru a-i savura gustul. O astfel de abordare pune accentul pe întărirea autocontrolului și autonomiei subiectului.

Gradarea sugestiilor

Lynn, Rhue, Kvaal și Mare (1991) propun administrarea unei serii gradate de sugestii, începând cu cele mai ușor de realizat și continuând cu sugestii din ce în ce mai dificile sub aspectul focalizării personale și interpersonale, structurării, rezonanței emoționale, potențialului conflictogen, imaginativ, precum și în ceea ce privește tipul de sarcini comportamentale solicitate. În felul acesta, terapeutul va controla expunerea subiectului la stimuli anxiogeni într-un mod gradat, prin repetări succesive.

Regresia de vârstă

Terapeutul trebuie să utilizeze cu multă atenție tehnica regresiei de vârstă, pentru că în cursul acesteia pot fi aduse în planul conștiinței amintiri psihotraumatizante. Este necesar ca acestea să fie utilizate și procesate într-o manieră care să fie convergentă cu obiectivele psihoterapiei. Astfel, se pot utiliza semnale nonverbale pentru a scoate subiectul din hipnoză (de pildă o atingere pe umăr). De asemenea, subiectului trebuie să i se comunice faptul că va înceta să se mai simtă ca un copil și va putea comenta trăirile sale de pe poziția adultului atunci când terapeutul îi va face un semn, pentru că o parte a Eului său își va păstra conștiința de adult chiar și în cazul celei mai profunde regresii de vârstă.

Clienții pot să fie protejați în timpul regresiei de vârstă și prin utilizarea unor experiențe de tip disociativ, cum ar fi tehnica filmului (ceea ce își amintește subiectul îi apare ca un film proiectat pe un ecran) sau cea a visului hipnotic. Deși unii clinicieni sunt de părere că subiectul trebuie trezit atunci când apar experiențe dezagreabile (Gill și Brenman, 1959), alți terapeuți consideră că este mult mai util să i se vorbească subiectului cu calm în timp ce acesta se află în hipnoză. Această ultimă strategie este mai eficientă pentru că trezirea subiectului înseamnă că terapeutul nu este capabil să controleze ceea ce se întâmplă în timpul hipnozei, fapt ce va submina încrederea subiectului în procedeul respectiv și va mări rezistența acestuia față de hipnoză.

Oricum, este absolut necesar ca terapeutul să stabilească împreună cu subiectul un semnal nonverbal pentru a-l reorienta în timpul regresiei de vârstă dacă, dintr-un motiv sau altul, reacțiile declanșate par să fie greu de controlat. Se poate sugera, de asemenea, subiecților că ei își vor reaminti ceea ce vor să-și amintească și că vor uita

ceea ce doresc să uite din cadrul experiențelor trăite pe parcursul regresiei de vârstă.

Controlul efectelor negative incipiente

Hipnoterapeutul trebuie să monitorizeze permanent reacțiile subiectului în timpul hipnozei. Orice semn de rezistență sau disconfort (agitație, încruntarea sprâncenelor, dureri fizice, lipsa interesului etc.) trebuie abordat cu toată atenția (Orne, 1965). Atunci când un subiect nu se simte bine în timpul hipnozei, primul lucru care trebuie făcut este să solicităm mai multe informații, pentru a afla care este cauza disconfortului său.

În cazul unui client care pare să ezite, terapeutul va recurge la încurajări de genul:

„Chiar dacă îți va fi mai greu la început, vei putea să-mi vorbești fără dificultate și să-mi spui ceea ce simți și gândești”.

Dacă subiectul nu se poate exprima verbal, terapeutul îi va oferi alternative și va aștepta reacția acestuia. În același timp, terapeutul trebuie să renunțe la sugestiile care par să provoace disconfort și să se reorienteze spre o altă strategie terapeutică. Orne (1965) susține că este bine ca subiectul să fie încurajat să-și exprime sentimentele în cursul hipnozei, fapt ce contribuie la descărcarea emoțională. Efectele negative care pot să apară în timpul hipnozei trebuie discutate cu subiectul înainte ca acesta să plece din cabinetul de psihoterapie. De asemenea, acestuia trebuie să i se spună că, dacă apar unele elemente de disconfort după ședința de psihoterapie, este necesar să se adreseze imediat hipnoterapeutului.

Hartland (1971) este de părere că la începutul oricărei psihoterapii terapeutul trebuie să obțină informații de la pacient, conform unei scheme de anamneză. Această schemă cuprinde următoarele categorii de informații:

- (a) Istoricul bolii — se urmăresc informațiile legate de debutul, durata bolii, detalii referitoare la tratamentul urmat.
- (b) Istoria familială — descrierea părinților, a fraților, a modelului de relații familiale actuale și trecute, a atitudinilor din familie.
- (c) Copilăria — sunt interesante informațiile referitoare la bolile copilăriei, o atenție specială fiind acordată episoadelor de enurezis sau somnambulism. Se cer informații despre situația școlară, vizând integrarea în diverse școli urmate, reacțiile față de ceilalți copii, față de succes și eșec etc.

- d) Istoria ocupațională — cuprinde informațiile referitoare la realizările școlare, locurile de muncă, motivele schimbării locului de muncă, reacțiile față de mediu, colegi etc.
- e) Probleme psihosexuale — este vorba de informații în legătură cu cunoștințele dobândite în copilărie despre problemele sexuale, inclusiv cu deprinderile „rele” (de exemplu masturbarea), dacă aceste deprinderi persistă la vârsta adultă, dacă au survenit probleme emoționale actuale și trecute, care au fost relațiile cu partenerul, dacă au existat dificultăți maritale, plus informațiile legate de statutul financiar.
- f) Antecedente patologice — se cer informații referitoare la boli, operații, accidente, tratamente urmate, menstră, sarcini și avorturi.
- g) Antecedentele heredocolaterale — este vorba de eventuale psihoze, nevroze, epilepsii la rude apropiate.
- h) Starea psihică actuală — informații referitoare la simptomul dominant, la care se adaugă date despre prezența sau absența depresiei, a anxietății, a fobiilor, a insomniei, a tulburărilor mnemonice și prosexice, a ideilor suicidare, a temerii de boli psihice.
- i) Informații referitoare la cunoștințele pacientului despre hipnoză și la expectațiile lui legate de aceasta. După realizarea schemei de anamneză, lucrul cu pacientul este mult mai ușor, simptomul fiind înlăturat mai rapid dacă i se dau subiectului și sugestii de întărire a Eului, de reducere a anxietății și de creștere a încrederii în sine.

În general, oamenii au două reacții psihice la boală. O primă categorie este reprezentată de reacțiile directe: anxietate, teamă, tensiune, agitație, dispoziție depresivă. În cea de-a doua categorie intră reacțiile indirecte — consecințe ale unor tulburări din sfera personalității: lipsă de încredere în sine, dependență, dezadaptare, instabilitate psihică. Având în vedere aceste fapte, se impune ca un principiu important al terapiei combinarea sugestiilor de întărire a Eului cu sugestiile terapeutice propriu-zise, centrate pe simptom. Deși profunzimea transei nu contează, totuși se observă că eficiența tratamentului crește pe măsură ce transa este mai adâncă.

Prezentăm spre exemplificare modelul de sugestii utilizate pentru întărirea Eului elaborat de Hartland în 1971:

„Ești atât de destins, de relaxat, atât de profund relaxat, încât mintea ta devine tot mai receptivă la ceea ce îți voi spune. Tot ceea ce îți

voi spune va pătrunde adânc în inconștientul tău, se va întipări acolo și va lăsa o urmă adâncă pe care nimeni nu o va putea șterge. Ceea ce se va întipări în inconștientul tău va avea o mare influență asupra modului în care gândești, simți și acționezi. Aceste idei pe care ți le sugerez și care se vor întipări în inconștientul tău vor continua să-ți influențeze gândurile, sentimentele și modul de a acționa și atunci când nu ești cu mine, când ești acasă, la serviciu sau în altă parte. Aceste gânduri vor acționa tot atât de puternic ca și aici. Ești profund relaxat și tot ceea ce îți spun se va întâmpla spre binele tău, în avantajul tău. În cursul acestei relaxări te vei simți tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine. Te vei simți tot mai vioi, tot mai alert, mai energic, mai puțin obosit, tot mai puțin descurajat, tot mai puțin depresiv. Cu fiecare zi ce trece vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur, astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană și de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puțin la tine însuși, la dificultățile tale, vei fi tot mai puțin preocupat de propriile trăiri, vei deveni tot mai puțin îngrijorat, tot mai puțin agitat, tot mai puțin anxios, tot mai puțin deprimat, vei fi capabil să gândești clar, să te concentrezi tot mai bine. Îți vei concentra tot mai mult atenția asupra a ceea ce faci, iar memoria ta se va îmbunătăți. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală, fără a le permite să ia proporții. De la o zi la alta vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puțin. Cu fiecare zi ce trece vei deveni și vei rămâne tot mai relaxat, tot mai puțin încordat, atât fizic, cât și psihic. Devii și rămâi tot mai relaxat, tot mai puțin încordat, atât fizic, cât și psihic. Tot mai încrezător în tine, în posibilitățile tale de a duce la bun sfârșit ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în forțele proprii, fără anxietate, fără încordare, fără teama de a greși. Zi după zi te vei simți tot mai independent, tot mai stăpân pe tine, vei putea să stai pe propriile picioare, vei fi independent, încrezător în forțele proprii, vei putea face față cu bine oricărei dificultăți. Zi după zi te vei simți tot mai bine, tot mai încrezător în forțele proprii, cu un sentiment de bunăstare și siguranță personală. Cu fiecare ședință de relaxare te vei simți tot mai fericit, tot mai încrezător, tot mai mulțumit, tot mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi pe tine însuși, să-ți susții părerile, judecățile, să stai pe propriile picioare. Vei simți tot mai puțin nevoia să te bazezi pe alți oameni, să depinzi de altcineva”.

După încheierea acestui instructaj, conținând sugestii de întărire a Eului, se poate trece la administrarea sugestiilor pentru înlăturarea

simptomului. Sugestiile specifice adresate simptomului sunt elaborate după parcurgerea următoarelor faze: 1) terapeutul trebuie să mărească motivația subiectului pentru tratament înainte de începerea acestuia. El trebuie să discute cu subiectul simptomul în detaliu și să accentueze ideea că simptomul este neconvenabil, perturbator, iar existența subiectului ar fi mult mai plăcută fără el; 2) în cea de-a doua fază i se explică subiectului cum îl poate ajuta hipnoza să scape de acel simptom, terapeutul trebuind să fie cât mai convingător în afirmațiile sale.

Variabila terapeut în hipnoterapie

Straus (1993) Lazar și Dempster (1984) subliniază faptul că, deși s-a scris foarte mult cu privire la strategiile și tehnicile de inducție hipnotică, s-au abordat mult mai puțin problemele legate de calitățile unui hipnoterapeut de succes.

Deși un bun hipnoterapeut trebuie să aibă toate calitățile unui bun psihoterapeut, acesta ar trebui să mai dețină și alte abilități. Wolberg (1977) arată că un psihoterapeut de succes trebuie să fie sensibil, flexibil, obiectiv, empatic și să aibă relativ puține probleme emoționale de natură patologică sau probleme caracteriale. A fost subliniată, de asemenea, importanța în eficiența psihoterapiei a unor trăsături cum ar fi: integritatea morală, respectul pentru ceilalți, capacitatea de a transmite căldură afectivă, precum și abilități de comunicare interpersonală. Linehan (1980), Strupp (1960), Wolberg (1977) și Watkins (1978) sunt de părere că un bun terapeut trebuie să fie empatic cu clientul său, fără însă a-și dezvălui propria identitate.

Ideea conform căreia un terapeut eficient trebuie să aibă anumite calități derivă din modelul terapiei centrate pe client a lui Roger, iar dezvoltarea respectivelor calități reprezintă obiectivul multor programe de formare a terapeuților. Cu toate acestea, relația dintre eficacitatea tratamentului, antrenamentul terapeutului și calitățile acestuia nu a fost validată în plan experimental (Alberts și Eldstein, 1990).

Straus (1993) este de părere că hipnoterapeutul trebuie să aibă ceva în plus față de un psihoterapeut specializat în alt domeniu al psihoterapiei, eșecul în hipnoterapie fiind mult mai pregnant decât în alte situații. Finegold și Eldstein (1986) evidențiază cinci motive pentru care terapeuții începători nu utilizează hipnoza:

- teama de eșec;
- teama de a avea putere asupra celorlalți;
- convingerea că alții dețin metode mai eficiente;
- teama de necunoscut;
- teama de dezaprobarea colegilor.

În același timp, hipnoza, deși recunoscută ca o tehnică psihoterapeutică, este privită de unii profesioniști ai domeniului cu scepticism, din cauza aurei de mister și magie de care aceasta a fost mult timp înconjurată. De asemenea, psihoterapeuții care se simt nesiguri pe ei, atât în ceea ce privește experiența lor în domeniul hipnozei, cât și sub aspectul competenței lor în general, se tem uneori să utilizeze o metodă care poate provoca răspunsuri neașteptate din partea subiectului.

Hipnoza este o metodă care poate da rezultate extraordinare, dar conduce uneori și la eșecuri, motiv pentru care un bun hipnoterapeut trebuie să aibă foarte multă încredere în sine și în capacitatea sa de a tolera un eventual eșec (Straus, 1993). În plus, acesta nu trebuie să-și facă prea multe probleme dacă subiectul este hipnotizabil sau nu, ci să se concentreze în principal asupra implicațiilor terapeutice a ceea ce se întâmplă în timpul ședinței de hipnoză.

Curiozitatea și deschiderea față de nou și neașteptat, precum și echilibrul, degajarea și încrederea în sine vor fi benefice pentru succesul hipnoterapiei. Spre deosebire de alte metode de psihoterapie, în hipnoză este de dorit un terapeut mai dinamic, căci reacțiile de transfer și contratransfer sunt mult mai ample și mai rapide, iar procesarea terapeutică are loc, de asemenea, mai repede (Lazar și Dempster, 1984).

Pentru a face față acestor situații, hipnoterapeutul trebuie să răspundă comportamentului clientului cu sensibilitate, flexibilitate și rapiditate, dând dovadă de o mare capacitate de adaptare în relația psihoterapeutică. De asemenea, el trebuie să-și construiască sugestiile în mod adecvat, să le formuleze pe un ton persuasiv, observând permanent reacțiile subiectului. Printre calitățile care sunt necesare pentru atingerea obiectivelor amintite se numără și o imaginație bogată, o bună capacitate de concentrare a atenției, de analiză și sinteză a unui număr foarte mare de informații, pentru ca hipnoterapeutul să fie capabil să reacționeze adecvat la toți stimulii proveniți de la pacient.

Pentru a ilustra cele afirmate, prezentăm un exemplu de abordare a unui subiect aflat în hipnoză (Straus, 1993, p. 58).

Terapeutul a indus hipnoza și a utilizat tehnica regresiei de vârstă la un bărbat foarte inteligent și cu nivel cultural ridicat. Întrebat ce vârstă are, pacientul a răspuns: „Mă simt de 4 ani, dar știu că am 32 de ani”.

Replica hipnoterapeutului a fost următoarea: „Este în regulă să știi că ai 32 de ani, dar este bine să te simți ca la 4 ani”.

În acel moment, vocea pacientului s-a modificat, căpătând tonul unei voci mai apropiate de cea a unui copil, și regresia de vârstă a fost continuată.

Întrebarea „Câți ani ai?” a evocat la pacient percepții centrate în mai mare măsură pe realitate, precum și un conflict între nivelul intelectual și cel emoțional, fapt ce pune în evidență o anumită ambivalență în ceea ce privește succesul regresiei de vârstă.

Reacția terapeutului vine să întărească atât gândurile, cât și sentimentele pacientului, direcționându-i în același timp atenția asupra stării afective. Același autor subliniază faptul că pentru practicarea hipnozei este nevoie de o structură de personalitate matură, capabilă să tolereze schimbări bruște și chiar comportamente regresive. Hipnoterapeutul trebuie să fie capabil să-și păstreze obiectivitatea, stabilitatea și echilibrul interior chiar atunci când pacientul manifestă fluctuații ale atașamentului față de el sau când declanșează comportamente neadecvate și chiar ostile, și aceasta fără să manifeste iritare și fără să renunțe la comportamentul empatic.

Flexibilitatea hipnoterapeutului îi permite să schimbe maniera de abordare a pacientului și chiar să jongleze cu starea de veghe sau cu starea de transă a acestuia, modificându-și strategia de lucru în acord cu reacțiile clientului. Astfel, dacă hipnoterapeutul observă că pacientul său, care explora în timpul unei ședințe de hipnoanaliză un material cu conținut conflictual, iese spontan din transă (începe să respire mai rapid, are tendința de a deschide ochii și de a schimba subiectul discuției), acesta va trebui să se preocupe de motivul ieșirii din transă și să caute să o reinducă, și nu să continue să exploreze informațiile furnizate de pacient atunci când se afla în transă.

De asemenea, hipnoterapeutul trebuie să fie capabil să structureze ședința de psihoterapie, chiar utilizând imageria dirijată și metaforele, permițându-i în același timp pacientului să-și pună în valoare disponibilitățile creativ-imaginative. Lazar și Dempster (1984) au realizat un studiu pe 21 de subiecți practicanți care învățau hipnoza. Aceștia au relatat faptul că au avut experiențe pozitive cu hipnotera-

peuți sensibili, calzi, prietenoși, competenți, încrezători în forțele lor, relaxați, flexibili și creativi și experiențe negative cu terapeuți insensibili, nesiguri, anxioși și rigizi.

Hipnoterapie și expectație

Importanța expectațiilor pentru succesul tratamentului psihoterapeutic, dar și al celui farmacologic, nu mai reprezintă astăzi o noutate pentru nimeni. Un exemplu concludent în acest sens îl reprezintă succesul pe care îl au unii terapeuți, dar și unii vrăjitori sau bioenergoterapeuți. Este cunoscut, de asemenea, efectul „placebo” care se referă la faptul că unele produse nule sub aspect farmaceutic au efect asupra unor pacienți. Studiile realizate de farmacologi pentru testarea unor noi medicamente studii realizate de regulă pe un lot de control, care primea noul produs, și pe un lot-martor, care primea un produs neutru, dar cu caracteristici exterioare asemănătoare) au evidențiat faptul că un număr de pacienți înregistrau ameliorări și chiar vindecări în urma administrării produsului farmaceutic inactiv.

Torrey (1972) sublinia faptul că încrederea și motivarea pacientului pentru vindecare depind de o serie de factori cum ar fi:

- a) măsura în care abilitatea terapeutului de a pune diagnosticul și de a sublinia cauzele bolii coincid cu vederile pacientului;
- b) gradul în care tehnica utilizată este considerată utilă de către pacient;
- c) măsura în care calitățile terapeutului se potrivesc cu expectațiile clientului referitoare la modul cum trebuie să fie un psihoterapeut.

Psihoterapeutul trebuie să conștientizeze aceste aspecte și să-și adapteze demersul pentru a maximiza efectele intervențiilor sale. Punerea diagnosticului are un rol terapeutic prin ea însăși, deoarece eliberează clientul de o serie de probleme și nedumeriri, dându-i în același timp senzația că există cineva care îl înțelege și că se poate întreprinde ceva pentru a-i ușura suferința.

În cazul în care „eticheta” pusă de terapeut nu coincide cu cea a clientului, contactul psihoterapeutic ulterior va fi mai puțin eficient. Astfel, dacă un pacient va considera că problemele sale sunt rezultatul unor refulări din copilărie, un terapeut care îi va împărtăși opiniile va fi considerat mai competent și va inspira mai multă încredere.

Procedeele psihoterapeutice decurg în mod logic din concepția teoretică legată de cauza bolii. Astfel, terapeuții comportamentaliști utilizează tehnici de învățare și dezvoltare, în timp ce psihanalistii se ocupă de dezvoltarea unor conflicte inconștiente. Clienții, la rândul lor, au diverse expectații referitoare la psihoterapie în raport de viziunea lor despre cauza problemei cu care se confruntă; în același timp, pacienții au concepții diferite în legătură cu modul în care trebuie să arate sau să fie un psiholog sau un psihiatru. Aceste concepții variază de la „toți sunt niște nebuni” până la „toți sunt niște oameni înțelepți și folositori”.

Clienții contactează terapeuții pornind de la premisa că sunt persoane foarte competente și reprezintă autorități în domeniu, iar aceste expectații contribuie la reușita demersului terapeutic. Diplomele, certificatele, apartenența la organizații profesionale de prestigiu, aspectul și amplasarea cabinetului, înfățișarea și vestimentația terapeutului reprezintă elemente ce modifică expectația pacientului în raport cu psihoterapia.

Un alt factor important de care depinde succesul terapiei îl reprezintă și încrederea terapeutului cu privire la posibilitatea sa de a-și ajuta clientul, încredere (sau dimpotrivă, neîncredere) pe care acesta o transmite în mod subtil clientului, prin intermediul unor mesaje nonverbale.

Tehnici menite să sporească expectațiile pacienților (Cob, 1993)

Torrey (1972) descrie trei tehnici menite să sporească expectațiile pacienților față de psihoterapie: sugestiile directe, utilizarea simbolurilor și formulele magice.

Sugestiile directe pot fi utilizate intenționat sau spontan de către terapeuți în interacțiunea lor cu pacienții. Astfel, un medic poate spune, în timp ce scrie o rețetă: „la acest medicament și te vei simți mai bine”. Un terapeut comportamentalist, care propune un program de schimbare, poate spune: „Acest program ți se va părea ușor de îndeplinit și va fi eficient pentru atingerea obiectivelor tale”. O sugestie negativă ar suna cam așa: „Ei bine, putem încerca asta și asta, în fond ce avem de pierdut?”

Pe măsură ce populația occidentală vine tot mai mult în contact cu culturile orientale, redescoperă rolul simbolurilor și al ritualurilor. Ri-

tualurile conduc la instalarea unor stări dezirabile, cum ar fi relaxarea, extazul sau contactul cu divinitatea. Inducția hipnotică implică prezența unui ritual care sugerează faptul că se va întâmpla ceva foarte important. Ritualurile sunt eficiente doar dacă se înscriu pe linia credințelor subiecților, în caz contrar acestea având efecte opuse. Formulele magice pot fi regăsite în reclamele care se fac diverselor produse farmaceutice: O tabletă luată zilnic va rezolva, în mod sigur, problema X.

Hipnoza a fost și mai este încă asociată cu fenomenele paranormale (magice, mistice, neobișnuite) sau cu aspecte legate de spectaculos. Se vorbește astfel de vindecări miraculoase, de personalități multiple sau de influența puternică pe care o exercită hipnoterapeutul asupra clientului său. Începând cu experiențele din secolul al XVIII-lea ale lui Mesmer și terminând cu hipnoza de estradă din ziua de azi, marele public s-a confruntat cu conceptul de hipnoză care implică putere și influență asupra celorlalți.

În timpurile noastre, hipnoza este tot mai mult acceptată ca o metodă de tratament în medicină, stomatologie și psihoterapie, expectațiile față de aceasta devenind mai puțin exagerate, deși o aură de mister se mai menține încă. Din nefericire, imaginea hipnozei ca un fenomen misterios i-a făcut pe mulți clinicieni să evite utilizarea acesteia și pe mulți pacienți, care ar fi putut beneficia de pe urma unui astfel de tratament, să-l refuze. Pe de altă parte, aceeași aură de mister a hipnozei a netezit calea unor șarlatani care au speculat credulitatea doritorilor de vindecări miraculoase.

Deși la ora actuală numeroase mecanisme ale sugestiei și ale hipnozei sunt măcar parțial explicate, atitudinea față de acestea nu s-a modificat prea mult. Majoritatea oamenilor au o oarecare idee despre hipnoză și despre comportamentele care apar în timpul inducției acesteia, terapeutul fiind cel care trebuie să descopere care sunt expectațiile clienților săi în legătură cu hipnoza. Cu cât expectațiile pacienților sunt mai apropiate de ceea ce întreprinde terapeutul, cu atât mai receptivi se vor dovedi aceștia la hipnoză.

Cu toate acestea, dacă un subiect nu este dispus să coopereze, el nu va fi hipnotizat și, de aceea, orice potențial subiect pentru hipnoză trebuie să fie motivat să colaboreze. Motivația, concordanța dintre expectațiile subiectului și cele ale hipnotizatorului, capacitatea de a direcționa atenția spre interior și capacitatea persoanei de a se lăsa absorbită de experiențe imaginative reprezintă premisele intrării în

hipnoză. Există însă și cazuri când subiecții nu dispun de disponibilități psihologice pentru hipnoză, aceștia putând să manifeste doar un comportament complezent.

În același timp, condițiile de ambianță și particularitățile hipnoterapeutului pot produce modificări ale receptivității subiectului la hipnoză. Vestimentația, vârsta, prestigiul profesional, aranjamentul cabinetului vor întări expectanța subiectului că are de-a face cu o persoană competentă și de încredere.

IV

Hipnoza permisivă

Acest tip de hipnoză a fost conceput de Milton Erickson, despre care se spune că a exercitat o influență tot atât de mare asupra psihoterapiei ca și Sigmund Freud la vremea sa. Milton Erickson spunea că pentru a fi un bun terapeut trebuie să observi, să observi, să observi și atunci când crezi că ai observat totul, să observi din nou.

Această afirmație se aseamănă într-o oarecare măsură cu o povestire zen:

— „Maestre, ce trebuie să faci pentru a deprinde arta de a lupta cu sabia?

— Îți trebuie atenție.

— Numai atenție?

— Nu, îți trebuie atenție și atenție.

— Numai asta?

— Nu, îți trebuie atenție, atenție și iar atenție. Ai nevoie de o atenție constantă” (după Yodorowski, 1997).

Abordarea ericksoniană a hipnozei are un caracter descriptiv, autorul considerând simptomele ca o modalitate de parazitare a modului conștient de funcționare a psihicului. Apariția unor tulburări psihopatologice este determinată de prezența unor limitări achiziționate în cursul dezvoltării psihice, educaționale și sociale și care acționează ca un fel de sugestii hipnotice și posthipnotice, asupra cărora voința nu poate exercita o influență eficientă (Bellet, 2002).

Numai hipnoza îl va putea ajuta pe subiect să regăsească o reacție nouă și adaptativă la situațiile cu care se confruntă. Nu este vorba de a răspunde la sugestii administrate din exterior, ci de a redescoperi propriile abilități adaptative pierdute. Hipnoza, datorită posibilității de a izola subiectul de stimulii exteriori, permite inconștientului acestuia să realizeze schimbări cu caracter adaptativ. Bellet (2002) afirmă că psihoterapia ericksoniană are un pronunțat caracter pragmatic,

terapeutul utilizând elemente din contextul vieții cotidiene pentru a stabili comunicarea terapeutică. Actualizarea disponibilităților latente ale persoanei este rezultatul utilizării unor tehnici indirecte care nu activează rezistențele și care îl determină pe pacient să coopereze în mod implicit, conștient sau inconștient.

Milton Erickson utiliza hipnoza clasică doar în proporție de cinci la sută din cazuistica sa (Beahrs, 1971), în restul cazurilor el aplicând așa-numita hipnoză cotidiană, pe care o combina cu alte tehnici psihoterapeutice, inclusiv cu cea a umorului. Autorul este de părere că ființa umană posedă o serie de disponibilități latente neutilizate, aflate în inconștient, care pot fi activate pentru obținerea sănătății și pentru funcționarea eficientă a persoanei. Milton Erickson consideră că inconștientul cuprinde tot ceea ce nu este conștient, reprezintă un izvor nesecat de resurse, iar modul său de funcționare este unul analogic. Așa cum am mai subliniat, aspectele patologiei sunt consecința unor limitări dobândite prin intermediul învățării, procesele inconștiente putând fi utilizate cu succes pentru echilibrarea individului.

Schimbarea terapeutică reprezintă un proces activ care se derulează în trepte, o schimbare mică antrenând o altă schimbare, după modelul bulgărelui de zăpadă care se rostogolește pe o pantă. Hipnoza îl ajută pe subiect să-și folosească propriile resurse și să găsească singur soluții prin intermediul dialogului cu sine însuși, procesarea terapeutică realizându-se la nivelul instanțelor inconștiente. Elementul esențial al abordării ericksoniene constă în abordarea indirectă și permisivă și se realizează prin intermediul comunicării analogice și metaforice. Analogia presupune existența unui raport de similitudine între două elemente, care pot fi cuvinte, persoane sau situații, prin intermediul căreia se stabilește o legătură între termenii raportului. Astfel, se poate spune că un om este șiret ca o vulpe sau mândru ca un păun. Metafora reprezintă o figură de stil prin intermediul căreia se conferă o semnificație specifică unui cuvânt sau unei situații, altui cuvânt sau altei situații care se apropie de prima, prin intermediul analogiei, comparației sau atribuirii. Astfel, un îndrăgostit se poate referi la flacăra atunci când își descrie iubirea.

Trecerea de la un sens la celălalt se realizează prin intermediul unei procesări cu caracter personal, bazată pe o impresie sau pe o interpretare care este găsită sau chiar trăită de către cel în cauză. Analogiile se regăsesc în anecdote, fabule, parabole sau povestiri, care conțin mesaje utile ce pot fi transmise de către terapeut în timpul hipnozei. Co-

municarea metaforică nu este nouă, învățămintele fiind transmise prin intermediul acestei metode încă din cele mai vechi timpuri. Noutatea în cadrul utilizării metaforei în hipnoză o constituie aplicarea acesteia în scop terapeutic.

Hipnoza sporește receptivitatea subiectului la o astfel de comunicare, terapeutul folosind o metaforă din repertoriul său sau elaborând una cu caracter personalizat. Comunicarea indirectă îi oferă pacientului posibilitatea să critice ceea ce i se propune, să „metabolizeze” sugestiile, în timp ce sugestiile directe îl împing brutal către acceptare sau refuz (Bellet, 2002).

Datorită caracterului său flexibil, abordarea ericksoniană face din terapeut un pedagog care îl învață pe subiect să utilizeze armele inconștiente de care dispune pentru a se putea schimba. Hipnoza ericksoniană reprezintă un mod de comunicare specială prin intermediul căreia pacientul își va răspunde mai mult lui însuși decât terapeutului, acesta din urmă având mai degrabă un rol de facilitare a reacției.

Trebuie menționat și faptul că abordarea ericksoniană este suplă, personalizată și orientată spre viitor și se bazează pe următoarele principii (Bellet, 2002):

- utilizarea limbajului pacientului;
- identificarea, acceptarea și folosirea resurselor și valorilor acestuia;
- utilizarea și mobilizarea activă și progresivă a resurselor, pornind de la valorile și motivațiile pacientului pentru rezolvarea problemelor sale;
- considerarea rezistențelor ca reprezentând resurse cu caracter potențial;
- utilizarea comportamentului pacientului;
- intervenția la momentul ales de către terapeut;
- observarea procesului de mobilizare a resurselor pacientului pe fondul unei atitudini de așteptare reciprocă.

Pacientul este încurajat să-și descrie, la rândul său, problemele în termeni analogici. O astfel de abordare va avea un caracter flexibil, permițându-i terapeutului să accepte toate aproximările și fanteziile aparent absurde ale pacientului ca informații prețioase pe baza cărora se poate construi schimbarea. Această definire metaforică a simptomelor și problemelor îl scoate pe pacient din zona limbajului medical cu care acesta nu este familiarizat, sugerând în același timp faptul

că schimbarea e posibilă și oferind repere și jaloane concrete pentru schimbare. De asemenea, abordarea analogică și metaforică furnizează și un cadru propice pentru crearea unei alianțe terapeutice pozitive.

De remarcat și caracterul individualizat al terapiei ericksoniene, autorul fiind de părere că trebuie elaborată câte o terapie specială pentru fiecare pacient, parametrii acesteia fiind definiți conform principiului „ce trebuie făcut pentru ca lucrurile să meargă mai bine”. Astfel, terapia devine un demers de rezolvare de probleme, în cadrul căruia se pun în aplicare diverse strategii care se verifică în practică și se adaptează în funcție de rezultatele obținute. Psihoterapeutul deține un rol activ, asumându-și responsabilitatea influențării pacientului. Hipnoza reprezintă un dialog în cadrul căruia comunicarea nonverbală joacă un rol foarte important. Milton Erickson era de părere că ritualul hipnotic are un caracter înșelător și e lipsit de valoare intrinsecă, fiind mai curând un suport sau un vehicul al mesajului terapeutic. Astfel, sugestiile nu sunt decât pretexte pentru declanșarea experiențelor subiective ale pacientului, acesta putând să le accepte sau să le refuze, exercitându-și autonomia. Formulările, adesea confuze, reprezintă puncte de plecare pentru reorganizarea psihică în urma căreia pacientul învață să-și evalueze dificultățile din altă perspectivă.

Milton Erickson nu pretindea că pacienții săi erau complet vindecați în urma terapiei, ei fiind mai curând sprijiniți să traverseze anumite etape dificile ale existenței lor. Pacienții acumulați în cursul psihoterapiei noi cunoștințe cu privire la ei înșiși, cunoștințe care le permiteau să devină independenți și să nu recurgă din nou la sprijinul terapeutului decât atunci când erau confrunțați cu dificultăți de altă natură.

1. Hipnoza de orientare ericksoniană

În viziunea ericksoniană, hipnoza este considerată un instrument de observare și înțelegere a patologiei pacientului, o abordare mai puțin cunoscută deoarece pentru marele public hipnoza este asociată doar cu ideea de a acționa asupra unei persoane.

Așa cum am mai subliniat, atitudinea receptivă a terapeutului pare să răspundă la următoarea întrebare: „În ce măsură simptomatologia

pacientului are la bază o stare sau un proces hipnotic?” (Bellet, 2002). La fel ca și pacientul său, terapeutul va intra în transă hipnotică, va procesa informația, ceea ce înseamnă că el va putea interpreta afirmațiile pacientului *ad litteram*, va putea evalua toate semnificațiile, alternativele, posibilitățile și chiar aspectele cu caracter paradoxal. Putem afirma astfel că ascultarea hipnotică reprezintă un proces complex care presupune din partea terapeutului o activitate terapeutică intensă și laborioasă.

Această discuție, uneori destul de prelungită, reprezintă o etapă pregătitoare, în cadrul căreia terapeutul acționează deja în mod discret, fără ca pacientul să-și dea seama. Este vorba de așa-numita hipnoză informală sau conversațională, în care nu se pune accent pe aspectele ritualizate ale metodei, urmărindu-se obținerea stării pe care Milton Erickson o denumea „transă cotidiană”. El era un adept al acestei forme de hipnoză informală, a cărei practicare presupune însă o foarte bună cunoaștere a hipnozei formale. Aceste aspecte mai puțin cunoscute ale hipnozei informale îi surprind adesea pe pacienți, care așteaptă o inducție cu caracter spectaculos, menită să conducă la trăirea unor stări de excepție. Mulți dintre aceștia întreabă când se va trece la hipnoză, chiar dacă ameliorările obținute sunt deja evidente. Abordarea ericksoniană presupune și renunțarea la diagnosticul clasic, ce pune pacientului o etichetă, ajutându-l pe terapeut să-și privească pacientul într-o lumină nouă.

De cele mai multe ori, elementele și informațiile semnificative referitoare la problema pacientului sunt prezente deja, terapeutul nefăcând altceva decât să le observe și să le asocieze, pentru ca schimbarea terapeutică să aibă loc. Scopul psihoterapiei nu îl reprezintă inducerea hipnozei, ci schimbarea terapeutică, obiectivele acesteia fiind cu atât mai clar definite, cu cât diagnosticul hipnotic va fi mai precis. Solicitățile pacientului, solicitări cu caracter ludic sau bazate pe simpla curiozitate de a experimenta o sedință adevărată de hipnoză, trebuie să fie abordate cu prudență și circumspecție.

De pe pozițiile psihodiagnosticului în hipnoterapia ericksoniană, pacientul este considerat un fel de „rebus” care presupune o anumită asociere de litere, cifre, imagini, din combinația cărora rezultă un sens. În același mod, terapeutul trebuie să aibă în vedere elemente ale limbajului verbal și nonverbal al pacientului, simptomatologia sa, abordându-le ca pe niște componente ale unui rebus în care stabilirea unei noi ordini, redefinirile vor conduce la o nouă semnificație,

mai comprehensibilă, a simptomatologiei, o perspectivă nouă care face ca schimbarea să devină posibilă. Terapeutul de orientare ericksoniană nu va utiliza o terminologie medicală sofisticată, pe care pacientul nu o poate înțelege, ci îi va vorbi fiecăruia pe „limba lui”, fapt ce va facilita comunicarea terapeutică. De asemenea, în cadrul comunicării vor fi utilizate metafore și analogii care pun în evidență legături nebanuite, transformând invizibilul în vizibil și deschizând astfel calea către schimbarea terapeutică.

Demersul terapeutic are loc la fel ca în cazul enigmei lui Kaspar Hauser, tânăr întârziat mintal căruia un profesor de logică îi evaluează capacitățile deductive (Bellet, 2002). Logicianul îi prezintă spre rezolvare următoarea problemă:

— Te afli la o răscruce de drumuri care duc la două sate, unul în care oamenii spun totdeauna adevărul, iar celălalt în care trăiesc oameni care mint tot timpul. Observi un om care vine spre tine și nu știi din ce sat este. Pentru a afla ai dreptul să-i pui o singură întrebare. Fii atent, pentru că dacă vei întreba: „Vii din satul mincinoșilor?”, ambii vor răspunde negativ, iar dacă vei întreba dacă vine din satul persoanelor care spun doar adevărul, de asemenea, ambii vor confirma acest lucru. Să vedem cum rezolvi problema aceasta.

Kaspar se încruntă și nu spune nimic, moment în care profesorul se lansează în explicații complexe, bazate pe logică. La un moment dat, Kaspar intervine timid: „Îl voi întreba pe omul acela dacă este o broască verde. Cel din satul cu oameni care spun adevărul va răspunde: «Nu, nu sunt o broască verde», iar cel din satul mincinoșilor va spune: «Da, eu sunt o broască verde» și atunci voi ști precis de unde vine omul acela”.

— Nu pot accepta un astfel de răspuns, pentru că nu este logic. Înțelegerea nu este esențială, doar deducția are valoare! spuse profesorul furios (după Bellet, 2002, p. 96).

Milton Erickson sublinia faptul că o cunoaștere a cauzelor simptomelor sau ale problemelor pacientului nu duce în mod automat la vindecare, așa cum pretind psihanalistii. Astfel, victimele violurilor, ale agresiunilor sau ale catastrofelor naturale știu foarte bine de unde provin problemele lor și totuși această cunoaștere nu le asigură vindecarea. Pe de altă parte, bogăția simptomatologică a maladiilor psihosomatice evidențiază capacitățile surprinzătoare ale pacienților de a stabili legături între cauze și efecte, între spirit și corp, fapt evidențiat adesea în limbajul popular care utilizează expresii ca „nu îl pot

înghiți” sau „nu văd nicio ieșire” etc. Aceste expresii *ad litteram* devin vehicule analogice pentru a realiza o anumită descărcare emoțională. Asemenea expresii nu trebuie traduse într-un limbaj academic care reflectă un diagnostic sofisticat, deoarece aceasta nu face decât să creeze pacientului confuzie. De aceea, psihoterapeutul trebuie să abordeze pacientul de pe poziția pe care se află acesta, ferindu-se de etichete diagnostice artificiale.

Hipnoza lucrează ca un fel de catalizator care îndeamnă la acțiune sau ca un dizolvant care distruge simptomele; prin combinarea elementelor acestora într-un alt mod, cele două funcții pot fi conectate. Trebuie subliniat și faptul că hipnoza îl ajută pe pacient să se reaseze la locul potrivit, în momentul potrivit și să declanșeze acțiunea potrivită. Acest principiu se aplică în cazul hipnozei terapeutice care se poate adresa depresivului ce trăiește numai în trecut sau anxiosului care anticipează pericole viitoare.

2. Tipuri de sugestii terapeutice (Yapko, 1995)

Forța demersului hipnoterapeutic rezidă în formularea sugestiilor în așa fel, încât ele să se adreseze cu precădere instanțelor de natură inconștientă.

Comunicarea de tip hipnotic utilizează două tipuri de sugestii care nu se exclud reciproc: sugestii directe și sugestii indirecte. Gradul de directivitate variază, la rândul său, pe un continuum unde la un capăt avem sugestiile directe și la celălalt pe cele indirecte. Tipul de sugestii alese depinde de receptivitatea clientului, de problemele sale, precum și de particularitățile personalității sale (de pildă, pentru un client sugestiile directe pot avea un caracter prea amenințător).

2.1. Sugestiile directe

Se referă direct la problema clientului și sugerează în mod clar și evident un anumit răspuns din partea acestuia. Nu au un caracter subtil, se adresează într-o mai mare măsură instanțelor conștiente, propun soluții pentru anumite probleme și conțin instrucțiuni detaliate referitoare la modul în care trebuie să procedeze subiectul.

Dacă, de pildă, hipnoterapeutul dorește ca subiectul să închidă ochii, el poate administra următoarele sugestii directe:

„Închide ochii!”

„Te rog să închizi ochii.”

„Poți să închizi ochii.”

„Lasă ochii să se închidă.”

„Aș dori să închizi ochii.”

Avantajele sugestiilor directe (Yapko, 1995):

1. Faptul că se referă explicit la problema în cauză întărește convingerea clientului că terapeutul îl poate ajuta să o rezolve.
2. Stabilesc scopuri clar definite pentru subiect.
3. Contribuie la implicarea activă a clientului în rezolvarea problemelor sale.
4. Dezvoltă capacitatea clientului de a-și rezolva problemele viitoare pentru că furnizează un model de rezolvare a acestora.

Dezavantajele sugestiilor indirecte:

1. Modul lor de funcționare se bazează prea mult pe dorința conștientă a subiectului de a se conforma acestor sugestii.
2. Pot conduce la activarea rezistențelor pacientului, deoarece îl abordează prea frontal, ceea ce pentru unele persoane poate părea amenințător.

Hipnoterapeutul este cel care va trebui să aprecieze dacă acest gen de abordare va da sau nu rezultate pozitive.

2.2. Sugestiile indirecte

Reprezintă acele sugestii care se referă la problema-simptom sau solicită un anumit tip de răspuns într-o manieră ascunsă. Aceste sugestii au un caracter subtil și nu se adresează, de regulă, instanțelor de natură conștientă. Clientul este cel care trebuie să le interpreteze și să le descopere sensul. Utilizarea sugestiilor indirecte îl determină pe subiect să se întrebe la nivel conștient ce vrea să spună terapeutul, în timp ce la nivel inconștient se realizează asocieri între ceea ce se sugerează și experiențele interioare ale subiectului, asocieri care pun bazele procesului de schimbare.

Sugestiile indirecte pot îmbrăca numeroase forme: povestiri, analogii, anecdote, metafore, teme pentru acasă sau sugestii multiple, intercondiționate. Orice comunicare în cadrul căreia clientul este solici-

tat să răspundă fără să i se ceară în mod expres acest lucru implică într-o măsură mai mare sau mai mică prezența unor sugestii indirecte.

Prezentăm mai jos câteva modele de sugestii indirecte pentru închiderea ochilor:

„Un bun subiect pentru hipnoză începe prin a închide ochii.”

„Poți să lași ochii tăi să se închidă?”

„Multora dintre clienții mei le face plăcere să stea pe fotoliu cu ochii închiși.”

„Mă întreb ce anume te va determina să închizi ochii și să te relaxezi confortabil în fotoliu.”

Avantajul sugestiilor indirecte constă în aceea că ele utilizează într-o măsură mult mai mare resursele interioare ale subiectului. Aceste sugestii acționează ca factori declanșatori ai unor procese asociative interne și, din acest motiv, au un însemnat rol terapeutic. De asemenea, deoarece ele presupun o anumită distanță între sugestia ca atare și ceea ce se așteaptă să se obțină de la subiect, ele nu declanșează rezistențele acestuia. Sugestiile indirecte produc și un anumit grad de confuzie în legătură cu modul în care acestea l-ar putea ajuta, confuzie care îi lasă clientului loc pentru interpretări personale. Mai mult, prin faptul că nu-l forțează pe client să reacționeze în vreun fel, terapeutul dă dovadă de respect pentru personalitatea și problemele acestuia (Zeig, 1980; Lankton și Lankton, 1983; Brown, 1991).

Dezavantajul utilizării sugestiilor indirecte constă în aceea că clientul poate manifesta teamă la gândul că terapeutul nu este capabil sau nu dorește să abordeze frontal problemele sale. („Dacă el nu este în stare, cum aș putea fi eu?” își poate spune în gând clientul.) În felul acesta, terapeutul poate fi considerat de către client ca fiind incompetent sau evaziv, clientul putând să se simtă manipulat sau „tras pe sfoară”. Un alt dezavantaj al acestui tip de abordare poate consta și în faptul că procesarea la nivel inconștient a condus la rezolvarea problemei-simptom, în timp ce clientul va continua să se întrebe prin ce mecanism s-a produs schimbarea. Astfel, problema a fost rezolvată, dar clientul nu și-a format modele de comportament pentru a soluționa alte dificultăți care pot să apară în viitor (Yapko, 1983; Lehev, 1986).

Decizia terapeutului de a utiliza o abordare directă sau indirectă trebuie să aibă în vedere doi factori: nevoia de înțelegere și gradul de receptivitate la sugestii al pacientului. Unii subiecți vor să înțeleagă

la nivel conștient ce anume se petrece (adrează mereu întrebări de tipul „de ce?”), în timp ce alții vor să li se rezolve problema, indiferent prin ce mijloace. Cu cât o persoană dorește mai mult să înțeleagă lucrurile la nivel conștient, cu atât o abordare indirectă va avea șanse mai mari să spargă tiparele sale obișnuite de gândire și simțire și să sporească, astfel, șansele de schimbare. Poate să se manifeste însă și situația inversă, când o persoană rațională va fi bulversată de utilizarea unor demersuri indirecte, își va pierde răbdarea și motivația și va renunța la psihoterapie. Doar experiența îl va învăța pe terapeut ce stil să adopte.

În ceea ce privește cel de-al doilea factor, și anume receptivitatea clientului (rezistențele sunt considerate indicatori ai absenței receptivității), Zeig (1980) este de părere că gradul de directivitate trebuie să fie direct proporțional cu nivelul rezistențelor percepute sau estimate de către terapeut. Cu alte cuvinte, în măsura în care pacientul nu poate sau nu dorește să reacționeze la sugestiile administrate de terapeut, acestea trebuie formulate într-un mod mai indirect.

Stilul adoptat de către hipnoterapeut poate varia de la unul autoritar la unul excesiv de permisiv și se referă mai ales la tipul de relație dintre client și terapeut. Stilul autoritar are la bază o relație de dominare, sugestiile fiind administrate sub forma unor comenzi, ca în exemplele de mai jos (Yapko, 1995):

„Voi număra de la 1 la 5 și când voi ajunge la 5, vei închide ochii.”

„Atunci când voi lovi palmele, te vei situa la vârsta de 7 ani.”

„Când te voi atinge pe umărul stâng, vei intra într-o stare de hipnoză profundă.”

„Nu-ți vei aminti nimic din ce s-a petrecut aici.”

Abordarea permisivă îi permite clientului să conștientizeze faptul că are mai multe posibilități să dea răspunsuri semnificative.

Iată câteva exemple de sugestii cu caracter permisiv:

„Poate ești interesat să descoperi o nouă modalitate de a te simți mai bine.”

„Mă întreb dacă te-ai gândit că poți învăța aceste tehnici mai ușor decât ai crezut prima dată.”

„Nu știu care este poziția în care te simți cel mai comod.”

„S-ar putea să te concentrezi mai bine dacă închizi ochii.”

„Poți decide să asculți, dacă te interesează, ceea ce îți voi spune.”

Terapeutul sugerează ce anume poate simți clientul dacă dorește acest lucru, reponsabilitatea revenindu-i în întregime clientului. Acest

tip de abordare, la fel ca și sugestiile indirecte, conduce la înlăturarea rezistențelor pacientului la psihoterapie (Gordon și Meyers-Anderson, 1981; Grinder și Bandler, 1981; Haley, 1985; Stanton, 1985; Gilligan, 1987).

2.3. Tipuri de sugestii (Yapko, 1995)

1. Sugestiile pozitive

Sunt cel mai frecvent utilizate, cele mai simple și cele mai utile în psihoterapie. Au un caracter suportiv, încurajator și trezesc în mintea clientului ideea că poate realiza ceva pozitiv. Ele sunt menite să genereze răspunsuri dezirabile și îmbracă următoarele forme:

„Cu fiecare inspirație te simți din ce în ce mai bine.”

„Îți amintești de perioada când te-ai simțit mândru de tine.”

„Descoperi în tine forțe interioare pe care nu le bănuiai.”

„Observi cât de bine este să te relaxezi.”

„Simți o căldură plăcută care îți cuprinde palmele.”

2. Sugestiile negative

Atunci când sunt utilizate cu măiestrie de către terapeut, ele pot genera o reacție sugerând subiectului tocmai absența acesteia, ca în exemplele de mai jos:

„Nu trebuie să te gândești la culoarea ta preferată.”

„Nu te întrebi cât este ceasul.”

„Ar fi de dorit să nu remarci senzația care a apărut în piciorul tău stâng.”

„Nu trebuie să te gândești la prima ta iubită.”

„Te rog să nu observi care dintre prietenii tăi este cel mai materialist.”

În viața cotidiană, sugestiile negative sunt utilizate de cele mai multe ori în mod spontan și produc efecte indezirabile. Astfel, dacă medicul, de bună-credință, îi va spune pacientului său: „Nu-ți face griji din cauza bolii tale”, este foarte probabil că acesta va fi și mai îngrijorat.

3. Sugestiile contextuale

Conțin foarte multe detalii legate de trăirile afective, amintirile, gândurile sau imaginile pe care terapeutul dorește să le sugereze în

timpul hipnozei. Aceste detalii îl determină pe client să trăiască experiențe cât mai complexe și cât mai profunde, ca în următoarele exemple:

„Imaginează-ți un minunat trandafir roșu cu petale catifelate și miros pătrunzător.”

„Imaginează-ți că te afli pe plajă, la mare, într-o zi însorită, când simți razele soarelui mângâindu-ți trupul... simți mirosul mării... atingerea ușoară a brizei... auzi zgomotul plăcut și monoton al valurilor care se lovesc de țărm...”

În urma acestor sugestii, subiecții trăiesc experiențe plenare, care pot să implice cât mai multe modalități senzoriale. Dezavantajul acestor sugestii constă însă în posibilitatea de a sugera experiențe care nu sunt agreeate de client. De pildă, un client cu teamă de înălțime ar putea să nu se simtă prea bine dacă îi sugerăm că se relaxează plutind pe un nor.

4. Sugestii cu caracter procesual

Spre deosebire de sugestiile contextuale, cele cu caracter procesual furnizează relativ puține detalii, lăsând pacientului libertatea de a opta singur pentru detaliile experienței sugerate și astfel modul lor de funcționare căpătând un caracter individualizat. Prezentăm mai jos câteva exemple:

„Îți vine în minte o amintire din copilărie, una pe care nu ai mai evocat-o de mult timp.”

„Pe măsură ce te relaxezi tot mai profund, simți o senzație agreeabilă care îți cuprinde trupul.”

„Conștientizează un anumit sunet din încăpere.”

„Îți amintești de clipa când te-ai simțit atât de mândru de tine?”

Clientul este cel care decide ce experiență dorește să trăiască, alegerea depinzând de interacțiunile dintre instanțele conștiente și cele inconștiente.

5. Sugestii posthipnotice

Reprezintă sugestiile care se administrează pacientului în stare de hipnoză și se referă la stări afective sau comportamente care se vor declanșa ulterior într-un alt context. Aceste sugestii constituie un element important al demersului terapeutic, în cazul în care clientul reușește să achiziționeze noi modalități de răspuns pe care le va utiliza în cursul unor experiențe viitoare. În absența acestora, informațiile, deprinderi-

le și modalitățile de comportament achiziționate în cursul ședinței de hipnoză se vor limita doar la situația hipnotică. Sugestiile posthipnotice permit generalizarea noilor achiziții și la alte stări de conștiință decât cea specifică hipnozei, acestea fiind integrate în viața cotidiană a subiectului. De asemenea, sugestiile posthipnotice pot fi utilizate și pentru a facilita ședințele viitoare de hipnoterapie, sugerându-se subiectului că va intra într-o stare de transă din ce în ce mai profundă.

2.4. Sugestii cu caracter special

1. Întrebările sugestive de accesare

Reprezintă întrebări care îl încurajează pe pacient să reacționeze în plan experiențial, nu numai la nivel verbal. Aceste întrebări sugestive focalizează atenția subiecților asupra unor aspecte specifice ale experiențelor lor subiective, experiențe pe care le amplifică prin felul în care sunt adresate, ca în cazul următor: „Poți să-ți reamintești, cu lux de amănunte, cât de plăcut și relaxant este să stai pe plajă și să simți cum razele soarelui îți mângâie pielea?”

Întrebările sugestive de accesare au fost denumite de unii autori „postulate conversaționale” (Bandler și Grinder, 1979; Hammond, 1990).

2. Sugestii cu caracter ambiguu

Terapeutul poate utiliza ambiguitatea pentru a stimula proiecțiile clientului, la fel ca și în cazul sugestiilor nespecifice, cu caracter procesual. De pildă: „În problema aceasta poți să fii ca o vulpe sau ca un șarpe” poate reprezenta o afirmație pe care subiectul nu știe cum să o interpreteze: terapeutul îi laudă înțelepciunea sau îi critică lipsa de caracter.

3. Sugestii bipolare

Presupun alăturarea unor experiențe opuse:

„Pe măsură ce brațul tău stâng devine rece și amorțit, brațul drept este cuprins de o căldură plăcută și reacționează la comenzile mele”.

4. Sugestii care presupun o alegere forțată

Terapeutul va oferi clientului său două alternative astfel alese încât, oricare ar fi opțiunea subiectului, acesta va reacționa în sensul celor sugerate de terapeut, ca în exemplele de mai jos:

„Dorești să intri în hipnoză acum sau peste 5 minute?”;

„Te vei bucura de starea plăcută de transă profundă stând pe acest fotoliu sau pe cel din colț?”

5. Sugestii care generează confuzia

Aceste sugestii sunt astfel construite, încât să-i creeze clientului o stare de confuzie menită să-i sporească receptivitatea la hipnoză. Ele reorientează montajul cognitiv al unui subiect excesiv de rațional și facilitează disocierea dintre instanța conștientă și cea inconștientă.

6. Sugestii care acoperă toate posibilitățile

O modalitate de a reduce rezistențele și de a accentua receptivitatea pacientului constă în a-i sugera toate răspunsurile posibile la o sugestie.

„Îți vei aminti un lucru important care s-a petrecut în copilărie, sau poate că s-a întâmplat recent, sau undeva între copilărie și vârsta ta actuală.”

În felul acesta, orice amintire evocă subiectul, el va reacționa în sensul sugestiei, iar cooperarea este asigurată.

7. Instrucțiunile sugestive implicite

Aceste sugestii sunt alcătuite din două părți: prima parte reprezintă o sugestie indirectă de realizare a unei acțiuni, în timp ce partea a doua conține sugestia directă care vizează declanșarea răspunsului așteptat:

„Atunci când vei simți o tresărire în brațul tău drept (sugestie indirectă), vei constata că acesta devine tot mai ușor, tot mai ușor” (Erickson și Rossi, 1975; Grinder și Bandler, 1979).

8. Sugestii care utilizează accentele

Presupun repetarea unor „cuvinte-cheie” sau a unor propoziții pentru a adânci transa, pentru a facilita apariția anumitor experiențe sau pentru a „sădi” în mintea subiectului anumite idei menite să-l ajute să facă față unor dificultăți viitoare: „O persoană care gândește profund va ajunge la o înțelegere profundă și va pătrunde în profunzimea lucrurilor...” (Erickson, 1966; Zeig, 1980).

9. Sugestiile metaforice

Metafora reprezintă o tehnică indirectă de a atinge anumite obiective terapeutice sau autoformative, fiind considerată metoda cea mai puternică și în același timp permisivă prin care se poate comunica pa-

cientului o anumită informație relevantă (Gordon, 1978; Barker, 1985; Wallas, 1985).

10. Sugestii cu caracter paradoxal

Conțin anumite enunțuri incompatibile la prima vedere, referitoare la un anumit fenomen sau situație, ca de pildă: „Vei depune toate eforturile pentru ca vreme de 5 minute să lucrezi asupra ta, spre a integra noile experiențe acumulate” (Selter, 1986; Lange, 1988).

11. Supozițiile sugestive

În cadrul acestor sugestii se consideră de la sine înțeles că un fenomen așteptat se va produce, problema este însă când se va întâmpla aceasta.

„Ce plăcut surprins vei fi atunci când vei descoperi care este problema!”

12. Anecdotele

Utilizarea unor anecdote pentru a modifica un cadru de referință este deosebit de utilă pentru că produce asocierea hipnozei cu o comunicare caldă și degajată.

13. Truismele

Un truism reprezintă o observație izvorâtă din bun-simț, o observație evidentă și care nu poate fi contestată. Acesta este utilizat pentru a construi un montaj psihologic de acceptare pentru sugestiile care vor urma:

„Fiecare persoană este unică, așa cum știm cu toții (truism), motiv pentru care vei trăi hipnoza profundă în maniera ta personală” (Erickson și Rossi, 1979; Hammond, 1990).

14. Sugestii de întărire a Eului

Hartland (1971) este primul terapeut care a utilizat sugestii directe de întărire a eului. Mai târziu, Stanton (1993) a abordat problematica întăririi Eului într-o manieră ceva mai indirectă. Acești autori, împreună cu Hammond (1990), sunt de părere că sugestiile de întărire a Eului trebuie utilizate la începutul psihoterapiei, pentru că majoritatea clienților nu luptă pentru abandonarea simptomelor lor întrucât nu se simt suficient de puternici să o facă, aceștia având nevoie de un fel de „fortificare” în plan psihologic.

Gafner și Benson (2003, p. 295) utilizează pentru întărirea Eului tehnica povestirilor metaforice, ca în exemplul de mai jos.

„Casa verde” povestire adaptată după „Răsadurile”, Wallas (1985) (adaptată de noi)

„A fost odată, cândva, într-o altă țară, o minunată casă verde. Un băiețel trecea în fiecare zi prin fața ei în drum spre școală, întrebându-se cum ar fi dacă ar lucra acolo, în interiorul minunatei case verzi. Curând venea vacanța de vară și școala urma să se închidă. Într-o zi, băiatul se opri în fața casei verzi, ciocăni la poartă și întreabă dacă nu se găsește ceva de lucru pentru el. Deși nu a așteptat decât câteva minute, i s-a părut o veșnicie până când a venit stăpâna casei, o femeie voinică, cu brațe puternice.

«Poți lucra aici, dar numai dacă lucrezi foarte bine, ești foarte atent și nu lași mintea să-ți zboare», i-a spus ea.

Băiețelul a fost încântat să primească slujba. În dimineața următoare el s-a dus la lucru și a aflat multe lucruri interesante.

Casa verde era o construcție imensă, cu nenumărate rânduri de sere de sticlă în care se reflectau razele soarelui. În interiorul serelor era umezeală și căldură, pentru că acolo creșteau diferite plante în ghivece sau în lădițe, pe rafturi.

Băiețelul s-a lăsat furat de feeria culorilor, a formelor, a mirosurilor, astfel încât a uitat de sine... de lumea de afară, pierzând noțiunea timpului, pe măsură ce admira splendorile din casa verde, care semăna cu o împărăție a zânelor. Zi de zi, băiețelul transplanta și îngrijea răsaduri, pe care le uda, observând cum cresc... cresc tot mai mari...

Într-o zi, un ghiveci cu un răsad a căzut în spatele raftului... acolo era întuneric și nimeni nu l-a văzut... Răsadul a rămas mult timp acolo, pierdut, uitat de toți... fără apărare... fără viață, uscat... îngălbenit...

Făcând curat în seră, băiețelul a găsit micul ghiveci... «Ce se întâmplă?», s-a întrebat el, «plănuța asta nu este la fel cu celelalte...» El a ridicat ghiveciul și l-a privit în lumină, constatând că răsadul a murit... dar, examinându-l cu mai multă atenție, a descoperit un mugur verde chiar lângă rădăcină... «Ce aş putea face pentru planta aceasta?», s-a întrebat el, și imaginația lui a început să lucreze...

Băiatul a mers la stăpâna serelor și i-a arătat ce a găsit, întrebându-o dacă e bine să păstreze planta.

«Nu e bine, arunc-o, a spus ea... O să-ți dau alt răsad mai bun... Nu trebuie să pierzi timpul cu plante moarte...»

Dar băiatul nu a vrut să cedeze... la sfârșitul zilei a privit răsadul cu multă atenție și a observat că undeva, în interiorul ei, planta mai are multă viață... Ea a continuat să crească în întuneric și uscăciune și și-a format un sistem de rădăcini puternice... foarte puternice... care au continuat să crească, să se dezvolte în ciuda lipsei apei și luminii, ghiveciul devenind neîncăpător pentru puternicele rădăcini... puternicele rădăcini care l-au făcut să crape datorită forței vitale a plantei... Băiatul a cercetat din nou sistemul de rădăcini puternice, pline de viață. El a plantat răsadul în pământ bogat, într-o lădiță în care avea suficient loc și apă, departe de celelalte plante... După câteva săptămâni au început să apară frunzulițe, pe măsură ce puternicele rădăcini absorbau umezeala și hrana din pământ... Da, mica plantă creștea... creștea mereu... Băiatul a continuat să îngrijească răsadul care devenea tot mai mare... tot mai mare... astfel încât a avut nevoie de o nouă lădiță...

La sfârșitul verii, vacanța s-a terminat și băiatul a părăsit slujba... Au trecut mulți ani și el nu a uitat experiența de la casa verde.

Adesea, el se gândea la micul răsad care acum trebuia să fie o plantă într-o grădină... Cel mai mult se mira de modul în care a supraviețuit, a rezistat, a crescut și s-a dezvoltat micul răsad, și aceasta numai datorită sistemului său puternic de rădăcini.

În timp ce în hipnoza ericksoniană se folosește sugestia de tip indirect metaforic, în cazul inducției hipnotice clasice se utilizează astfel de sugestii:

„Așezați-vă comod în fotoliu și fixați acest punct pe perete. Fixați cu toată atenția punctul respectiv și ascultați numai vocea mea. Eu voi număra de la 1 la 10. Când voi ajunge cu numărătoarea la 10, veți închide ochii și veți intra în transă hipnotică. 1 — fixați punctul; 2 — pleoapele tremură ușor; 3 — deși vă străduiți să țineți ochii deschiși, pleoapele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb; 4 — întregul corp devine greu, tot mai greu, greu ca de plumb; 5 — corpul devine tot mai greu, tot mai greu, brațele devin grele, tot mai grele, picioarele grele, tot mai grele, întregul corp devine tot mai greu, tot mai greu; 6 — brațele devin tot mai grele, întregul corp devine din ce în ce mai greu, greu ca de plumb; 7 — pleoapele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb și au tendința de a se închide, simțiți o tentație irezistibilă de a închide ochii; 8 — intrați într-o stare de destindere, de relaxare profundă; 9 — intrați într-o stare de relaxare profundă; 10 — pleoapele se închid și intrați acum într-o stare de transă profundă, intrați acum într-o stare de transă profundă”.

Sugestiile indirecte de tip metaforic sunt recomandate mai ales în etapa de adâncire a transei. Sugestiile indirecte sunt denumite astfel din cauza aparentei lor lipse de precizie. Ele sunt mai eficiente pentru că pacientul se află în situația de a alege, ceea ce îi conferă o mai nuanțată libertate personală. Abordarea indirectă seamănă cu un acompaniament muzical, iar subiectul execută un fel de dans în care nu-și permite nici s-o ia prea mult înaintea, nici să rămână în urmă. Terapeutul îi va indica pacientului direcția, lăsându-i libertatea de a-și alege singur drumul de urmat. Eficiența terapeutică a sugestiilor indirecte rezidă în caracterul lor vag și deschis, pacientul având libertatea să-și construiască propriile imagini sau să trăiască propriile senzații. Sugestiile indirecte oferă pacientului o paletă largă de variante de răspuns.

Prezentăm mai jos un fragment de inducție hipnotică realizată prin intermediul sugestiilor indirecte (după Bellet, 2002, p. 111).

„Așezați-vă comod în acest fotoliu cu care corpul dumneavoastră va face treptat cunoștință... în ritmul său personal. Cu ajutorul unor mișcări ușoare, capul se va sprijini de spătarul fotoliului, spatelui își va găsi un loc confortabil... membrele superioare se vor sprijini pe brațele fotoliului într-o poziție comodă, pe care o veți putea modifica ulterior pentru a vă găsi un loc și mai confortabil... în timp ce picioarele se sprijină și ele relaxat pe podea. Și, în timp ce corpul dumneavoastră se instalează într-o poziție comodă, sufletul va regăsi poate mai ușor în memorie un loc de odihnă agreabilă.

Atunci când savurați o plimbare plăcută, încântătoare, imagini care se perindă prin fața ochilor... puteți observa aceste imagini atât cu ochii deschiși, cât și cu ei închiși... Imaginile defilează prin fața ochilor dumneavoastră în ritmul lor și mă întreb oare ce destinație își va alege sufletul pentru a realiza călătoria de astăzi. Poate va dori să meargă la munte, la țară sau la mare, sau poate în alt loc și mă întreb ce anotimp ar fi mai potrivit pentru călătoria noastră.

Atunci când spiritul dumneavoastră a găsit locul și momentul potrivit îmi va indica acest lucru printr-o mișcare discretă, voluntară sau involuntară a unui deget de la o mână sau de la cealaltă.”

Pacientul este dirijat să se concentreze asupra propriilor senzații corporale și să pătrundă în interiorul ființei sale. Limbajul utilizat de către terapeut în cadrul hipnozei permissive este descriptiv și deschis. Se face apel (Bellet, 2002) la tonul vocii, care trebuie să fie în acord cu conținutul celor afirmate, terapeutul utilizând nuanțările în același

mod în care o face un bun povestitor. De pildă, un ton mai grav se potrivește ideii de profunzime a relaxării, în timp ce notele mai înalte sunt adecvate atunci când dorim să sugerăm ideea de ușor, de plutire, de zbor.

Ritmul, pauzele, tăcerile, accentele

Adesea, pacienții care au alunecat deja în transă nu mai aud decât ritmul vocii, fără a mai fi atenți la metaforele sofisticate elaborate de terapeut. Ritmul vocii trebuie sincronizat cu respirația pacientului. Terapeutul va modifica propriul ritm vocal și respirator, pentru a-l schimba pe cel al pacientului. Ritmul vocii este dat de alternanța cuvintelor și pauzelor, care au, la rândul lor, un rol sugestiv, rămânând la latitudinea pacientului să umple golurile respective. Momentele de tăcere contribuie la amplificarea atitudinii de așteptare. Ritmul asociat cu tonul vocii rafinează accentele, terapeutul insistând asupra unui cuvânt sau asupra altuia.

Comunicarea din timpul ședinței de hipnoză trebuie să țină seama de modalitatea senzorială dominantă (vizuală, auditivă, kinestezică) în care subiectul procesează informațiile. Terapeutul va putea să afle care este această modalitate senzorială analizând modul în care se exprimă pacientul (expresiile verbale ale acestuia). Astfel, cel care procesează în sistem vizual va spune: „Nu văd nicio ieșire”; „Parcă mă aflu în fața unui zid” etc., în timp ce subiectul care procesează în sistem kinestezic se poate exprima astfel: „Simt o povară pe umeri” etc. Informațiile obținute de la pacient în legătură cu modul în care percepe el hipnoza vor fi utilizate pentru personalizarea ședințelor următoare.

15. Utilizarea metaforelor terapeutice

Metafora reprezintă o figură de stil care, la fel ca și comparația, are o valoare analogică. Ea presupune alăturarea a două aspecte sau realități, și această relație de contiguitate va conduce la identificarea, măcar parțială, a uneia cu cealaltă, ca în următoarele exemple: „George este un leu”; „copilul este un soare” etc. Metaforele se adresează atât persoanelor mai simple, cât și celor cu un nivel ridicat de instrucție și au fost utilizate de-a lungul timpului pentru a transmite tinerei generații experiențele acumulate de vârstnici. Termenul de me-

taforă provine din grecescul *metaphora* care înseamnă transport atât în sens propriu, cât și în sens figurat. În cadrul metaforic se produce un transfer de atribute între elementele comparate, fapt ce transformă noțiunea statică de similitudine într-un proces dinamic, activ. Eficiența exprimării metaforice este conferită de faptul că metafora sintetizează într-o formă concisă, descriptivă și naturală un lung discurs explicativ. Basmele, povestirile, parabolele reprezintă o succesiune de metafore combinate.

Rolul metaforei în psihoterapie (Bellet, 2002):

- Stabilește o relație securizantă: metafora, prin intermediul exprimării familiare, favorizează contactul dintre pacient și terapeut;
- Sporește forța argumentării, deoarece captează atenția subiectului;
- Stabilește corespondențe între simptomele și problemele pacientului și elementele metaforei;
- Reetichetează simptomatologia, dându-i un sens nou, care îl face pe pacient să-și privească dificultățile dintr-o altă perspectivă.
- Încurajează pacientul să-și utilizeze imaginația și să-și pună în valoare disponibilitățile creative;
- Contribuie la reducerea rezistențelor, pentru că problema s-a modificat și pacientul nu mai are la ce să reziste;
- Sugerează soluții;
- Accesează experiențele emoționale ale pacientului, și le fixează în memorie;
- Pune în acțiune procese asociative care permit trecerea supla de la problemă la rezolvarea acesteia;
- Contribuie la responsabilizarea pacientului care conferă o nouă semnificație simptomelor sale și se angajează în depășirea acestora.

Sentimentul de identificare pe care îl trăiește pacientul căruia i se aplică metafora contribuie la sporirea forței acesteia ca instrument al schimbării terapeutice. Din acest motiv, alegerea povestirii, precum și a momentului când aceasta va fi aplicată aparține terapeutului.

Povestirea metaforică sugerează o cale de urmat și are următoarea structură (Bellet, 2002, p. 121):

- Prologul: „a fost odată...“;
- Actorii: unul sau mai mulți protagoniști;

- Expunerea problemei;
- Pentru care există o soluție;
- Care se pune în aplicare făcându-se referire la subiectul în cauză.

Pe baza acestei scheme, terapeutul va putea construi povestiri metaforice personalizate pentru fiecare pacient în parte. Se pot utiliza, de asemenea, și povestiri, basme sau parabole cunoscute. De pildă, basmul „Rățușca cea urâtă” îi permite unui pacient să identifice propriile dificultăți și să întrezărească, în ciuda unei situații nesigure și defavorabile, posibilitatea depășirii obstacolelor existenței. Această povestire poate fi utilă mai ales persoanelor care nu au încredere în propriile capacități. Ascultarea unei povestiri în stare de relaxare sau transă hipnotică este mult mai sugestivă decât citirea acesteia.

Povestirea metaforică include mai multe etape (Bellet, 2002, p. 121):

- Conflictul metaforic: nașterea rățuștei care nu seamănă cu celelalte;
- Activarea proceselor inconștiente și a disponibilităților latente: mama bobocului îl apără și îi pune în valoare calitățile atunci când apar lebedele;
- Evocarea unor situații de învățare: „rățușca” învață să înoate, să zboare, să se îngrijească;
- Criza metaforică: agresiunea, iarna grea;
- Noua identitate: „rățușca” se privește în oglinda apei și se vede lebdă;
- Recunoașterea din partea celorlalți: lebedele mai vârstnice se înclină în fața ei.

Povestirea metaforică are o funcție terapeutică datorată peripețiilor și încercărilor cu care se identifică pacientul și care în final conduc la rezolvarea problemei.

Spre deosebire de povestirea metaforică, parabola reprezintă o succesiune de metafore, simboluri și alegorii, exprimate de un personaj investit cu autoritate, care o plasează în planul vieții spirituale.

Pacienții care se prezintă la psihoterapie îi pun terapeutului o serie de întrebări pentru care nu au putut găsi un răspuns. Rolul terapeutului nu este acela de a furniza răspunsuri, ci de a-l determina pe pacient să le găsească singur privind propriile probleme dintr-o nouă perspectivă. În mod obișnuit, practica medicală și psihoterapeutică acordă atenție leziunii, respectiv problemei, accentul fiind pus pe starea de boală, nu pe cea de sănătate. Acesta reprezintă un punct de

vedere unilateral pentru că atenția terapeutului se va localiza pe simptom, neglijând contextul. Abordarea medicală și psihoterapeutică obișnuită presupune înlăturarea simptomului, așa cum se procedează și în hipnoza clasică. Hipnoza și psihoterapia ericksoniană se apleacă și asupra contextului, pe care îl utilizează în calitate de resursă. A trata o rană este util, dar a face să crească în jurul ei o piele sănătoasă amplifică posibilitățile de vindecare a pacientului. Bellet (2002) este de părere că cele două abordări sunt complementare, sugestiile directe acționând mai focalizat și putând adesea rezolva problema, în timp ce sugestiile indirecte acționează la nivel global.

Prima calitate a utilizării metaforei în psihoterapie este schimbarea perspectivei asupra problemei-simptom. Modificarea perspectivei asupra problemei-simptom poartă numele de reîncadrare, noțiune pe care discipolii lui Milton Erickson — Watzlawick, Weakland și Fish (1981) — o definesc astfel: „A reîncadra înseamnă a modifica punctul de vedere conceptual și/sau emoțional din care este privită o situație de viață și a o plasa în alt context sau cadru de referință care se potrivește tot atât de bine sau chiar mai bine faptelor concrete și care schimbă total semnificația situației”.

Autorii menționați ne oferă un exemplu de modificare a contextului ilustrată într-un dialog purtat de Tom Sawyer cu un alt personaj din romanul cu același nume scris de Mark Twain (după Bellet, 2002).

„Tom este pedepsit să vopsească un gard într-o zi de vacanță. Băiatului îi displaceau glumele prietenilor și mai ales cele ale lui Ben, care, din nefericire, a sosit primul, îndreptându-se spre locul de scăldat. Între cei doi copii a avut loc următorul dialog:

— Salut bătrâne! Te-au pus la muncă, nu-i așa?

— A, tu ești, Ben, nu te observasem.

— Mă duc să mă scald. Nu ai vrea să vii și tu? Nu, tu preferi să muncești, nu-i așa? Bineînțeles că preferi!

Tom își privi prietenul și replică:

— Ce înțelegi prin muncă?

— Ceea ce faci tu, nu este asta o muncă?

Tom reîncepu să vopsească și răspunse în doi peri:

— Poate că da, poate că nu. Oricum, Tom Sawyer nu se plânge.

— Ei haide, doar nu o să mă faci să cred că îți place!

Mișcările pensulei continuau.

— Dacă îmi place? Și de ce nu mi-ar plăcea? Oare un băiețel de vârsta noastră are deseori ocazia de a vopsi un gard?

Situația luă o nouă întorsătură. Ben încetă să mai muște din mărul pe care îl avea la el. Tom mânuia cu măiestrie pensula, se îndepărta ușor pentru a constata efectul, în timp ce Ben devenea tot mai interesat. Deodată, Ben spuse:

— Tom, lasă-mă și pe mine să vopsesc puțin.

Nu se înserase încă și gardul era vopsit foarte bine, iar Tom îndeșă prin buzunare comorile primite de la Ben și de la alți copii cărora le-a permis să dea de câteva ori cu pensula.”

Tom a reușit astfel să schimbe sistemul de referință, transformând o pedeapsă într-o activitate plăcută și profitabilă.

Dacă psihanaliza, mai ales cea freudiană, considera inconștientul o instanță negativă, un rezervor de impulsuri inacceptabile și de conflicte intrapsihice, Milton Erickson îl privea ca pe o instanță inteligentă, creativă, care trebuie utilizată, și nu controlată, în cursul psihoterapiei și care poate activa resurse nebănuite și soluții terapeutice eficiente.

Autorul și discipolii săi nu fac distincția între conștient și inconștient realizată de Freud. Pacientului trebuie să i se explice modul în care funcționează inconștientul și cum pot fi utilizate disponibilitățile sale latente. Majoritatea pacienților cu un anumit nivel de cultură înțeleg foarte bine sensul noțiunii de inconștient. Pentru subiecții mai sceptici și cu un spirit analitic deosebit de dezvoltat, terapeutul va utiliza cu precădere noțiunile de imaginație sau intuiție.

Instructajul administrat poate îmbrăca următoarea formă:

„Ești calm și relaxat... respiri calm, lent, liniștit... și odată cu fiecare expirație elimini orice tensiune, orice încordare... în timp ce observi ce se petrece în afara ta și în interiorul ființei tale... în exterior percepi contactul cu fotoliul în care stai foarte relaxat... auzi cuvintele mele... zgomotele din jur... în interiorul ființei sale omul simte multe lucruri..., iar tu începi să simți greutate sau senzație de plutire... sau ușoare furnicături sau amorțeli... ori alte senzații în brațe și în picioare... Poate că ai început să simți o senzație neobișnuită care a apărut undeva în interiorul corpului tău..., nu-i așa?

În transă, care este o stare de relaxare profundă... oamenii trăiesc experiențe interioare și exterioare... pentru că ei au un mental conștient și un mental inconștient... o parte care se află undeva în spațiile minții... undeva în interiorul ființei... la fel ca partea nevăzută a unui aisberg, parte pe care nu o vezi, dar ești conștient că se află acolo, ascunsă sub ape... în inconștient se află imaginația, intuiția,

amintirile, resursele nebănuite care te pot ajuta acum... Inconștientul este înțelept și are rolul de a te proteja, nu-i așa?... Avem deci mentalul conștient și pe cel inconștient... lumea din interior și din exterior..., dar în afară de acestea în interiorul nostru se află și un observator ascuns... care urmărește tot ce se întâmplă... și am constatat de multe ori și ne-am minunat cum putem trăi anumite experiențe și în același timp ne autoobservăm... Acesta este observatorul ascuns, o parte firească a mentalului nostru... un fenomen ciudat, dar natural... și mă minunez cât de ușor îi va fi inconștientului tău să se lase dus... să te conducă spre o transă tot mai profundă acum sau data viitoare...”

Prin sugestii cu caracter general care sună însă în mod specific, terapeutul îl va încuraja pe pacient într-un mod permisiv să acceseze experiențe trecute, asemănătoare cu transa:

„Poți să-ți amintești cum... cândva în trecut... ai trăit anumite experiențe în care te-ai lăsat dus... ai visat cu ochii deschiși... poate a fost ieri sau poate mai demult când ți s-a întâmplat acest lucru...”

Termeni sugestivi cum ar fi învățare, experiență, explorare, descoperire etc. vor contribui la facilitarea procesării de natură inconștientă. Astfel de termeni îl ajută pe terapeut să intre în comunicare cu instanțele inconștiente ale pacientului, ei trebuind să fie utilizați atât în timpul conversației de dinaintea și de după inducția hipnotică, cât și pe parcursul acesteia.

Să presupunem că un pacient, George, a relatat în timpul interviului clinic faptul că și-a amintit cum a primit premiul Uniunii Scriitorilor pentru un volum de versuri; el a fost atât de impresionat de ceremonie, încât s-a lăsat total absorbit de experiența trăită, uitând de ceea ce se petrece în jur. Pentru a utiliza această experiență de transă spontană în scop terapeutic, terapeutul ar putea să procedeze astfel:

„George, poți să-ți amintești de o împrejurare survenită în trecut, când te-ai simțit complet absorbit de o experiență extraordinară, minunată, atunci când inconștientul tău, zona din spatele minții, a preluat conducerea și a descoperit ceva... o stare... o trăire care a ieșit la iveală în mod spontan... ca de la sine...”

În felul acesta, pacientul este încurajat să realizeze asociații cât mai diverse, fără a fi limitat la o experiență specifică. Terapeutul poate continua astfel:

„George, te-aș ruga să lași lucrurile să se întâmple de la sine... de la sine... și astfel vei descoperi ceva care are legătură cu problema ta...”

Una dintre contribuțiile majore ale lui Milton Erickson este reprezentată de orientarea către viitor a demersului psihoterapeutic. Această orientare are la bază ideea că oamenii sănătoși sunt optimiști, interacționează în mod pozitiv cu ceilalți și sunt ferm convinși de capacitatea lor de a influența evenimentele din cursul vieții, ei dispunând de toate resursele interioare pentru a se bucura de sănătate și a trăi fericiți. Din acest motiv, obiectul psihoterapiei nu trebuie să fie bolile și traumele din trecut, ci bunăstarea și fericirea în viitor (Walters și Havens, 1994). Milton Erickson nu orienta decât rareori clientul spre trecut, și aceasta mai ales atunci când îl ajuta să evoce amintiri plăcute din copilărie. Terapeutul le cerea pacienților să-și imagineze că privesc într-o bilă de cristal și să se deplaseze cu ochii minții „în viitor”, realizând astfel o „pseudorientare în viitor”.

De Shazer (1978), unul dintre discipolii lui Milton Erickson, a utilizat și a perfecționat tehnica progresiei în viitor, pe care a inclus-o în psihoterapia sa centrată pe soluții. Acesta a aplicat metoda în afara unei inducții hipnotice, sub forma așa-numitei întrebări-miracol: „Dacă s-ar întâmpla o minune și problema ta ar fi rezolvată, cum ar arăta viața ta atunci?” Tehnica respectivă este, la ora actuală, utilizată de mulți terapeuți sub diverse denumiri: proiecție în timp, pseudorientare în timp, antrenament mental sau imaginație dirijată.

Cu toate acestea, mulți terapeuți și pacienți se simt mai atrași de tehnica regresiei de vârstă, care mai este încă înconjurată de o aură de mister. Astfel, mulți pacienți se încăpățânează să afle de ce sunt așa cum sunt, sperând că dezvăluirile din trecut vor oferi o soluție magică la problema lor. Terapeuții, la rândul lor, se lasă prinși în această capcană, irosind în mod inutil multe ore de psihoterapie.

Gafner și Benson (2003, p. 176) prezintă un caz în care tehnica progresiei de vârstă a fost aplicată cu mult succes. Autorii precizează că metoda dă rezultate mai bune în transă medie sau profundă.

S-au prezentat la psihoterapia de cuplu o pereche de americani de origine spaniolă împreună cu fiica lor Dalia, în vârstă de 14 ani, excesiv de timidă și interiorizată. Părinții au constatat faptul că problemele au apărut în urmă cu două luni, când Dalia a început să-și evite colegii și să nu-i mai privească pe ceilalți în ochi. Rezultatele școlare, până atunci foarte bune, au început să scadă. Dalia, o fetiță atrăgătoare și inteligentă, nu privea terapeutul în ochi decât atunci când relata despre performanțele ei școlare, de care era foarte mândră. Ea a confirmat faptul că își evita prietenii, motivând însă că era foarte ocupată

cu lecțiile. De asemenea, fata a acceptat ideea că nu se simte prea în largul ei în situații sociale și că îi vine greu să le țină piept celorlalți.

Pacienta nu părea deprimată și nu prezenta simptome somatice, ceea ce l-a determinat pe terapeut să presupună că simptomele fetei serveau unui anumit scop, mai ales că ele au apărut imediat după ameliorarea relațiilor dintre părinți. Pacienta s-a dovedit interesată de hipnoză, terapeutul sugerându-i, într-o manieră metaforică, să se vizualizeze pe sine așa cum dorește să fie în viitor.

„Dalia, noi putem să ne amintim lucruri din trecut, dar putem să ne imaginăm și ce se va petrece în viitor... Fără îndoială, îți amintești evenimente importante din trecutul tău... poate sărbătorirea zilei tale de naștere... sau momentul în care ai luat o notă bună și ai fost lăudată de profesoară... sau orice altă experiență plăcută, confortabilă... și știi cât de ușor este să te lași absorbit de aceste amintiri plăcute... Tu ai învățat la limba engleză despre timpul viitor... tu ai învățat la istorie sau la științele sociale ce important este să privim în viitor... să prevedem viitorul... Chiar și oamenii din societățile primitive își planificau strângerea recoltelor sau vânătoarea... se gândeau să construiască o cetate sau să facă un nou drum... să planifice ceva... Și pentru tine este ușor să-ți imaginezi... doar să-ți imaginezi ce se va petrece în viitor... O fetiță se poate proiecta în viitor în multe feluri... poate imaginându-și cum se deplasează pe un covor fermecat sau orice altceva... Am să-ți cer să faci o călătorie în viitor... să te deplasezi în timp... în orice timp dorești tu și să te vezi pe tine așa cum dorești să fii... Atunci când ai ajuns acolo... poți să-ți acorzi un răgaz... atunci când te-ai deplasat în timp și te vezi așa cum dorești să fii... fă-mi un semn cu capul.” (După 10 secunde pacienta face un semn terapeutului.)

„Acordă-ți câteva minute pentru a observa cum este Dalia pe care o vezi cu ochii minții... Observă dacă este zi sau noapte... lumină sau întuneric... dacă Dalia este singură sau împreună cu alții... observă cum este îmbrăcată... cum se simte ea... observă care sunt sentimentele ei cele mai puternice...”

Pacienta a relatat, după ieșirea din transă, o experiență plăcută, asemănătoare cu somnul, dar fără să-și amintească aproape nimic din ceea ce i s-a sugerat, manifestând o amnezie posthipnotică aproape totală.

Sugestiile terapeutice au fost administrate sub forma unei povestiri metaforice.

„Este bine așa... în timp ce stai relaxată și liniștită în acest fotoliu ascultând vocea mea... îți reamintești cu mintea și trupul starea de relaxare plăcută pe care ai trăit-o în timpul ședinței trecute de hipnoză... și pe măsură ce îți amintești de respectiva stare te lași cuprinsă de o relaxare tot mai plăcută... mai plăcută... brațele devin tot mai grele... tot mai grele... picioarele grele... foarte grele... este o greutate plăcută... odihnitoare... Acum te simți cuprinsă de o toropeală și o somnolență plăcută... și atunci când te-ai cufundat în somnul adânc și odihnitor... acordă-ți cât de mult timp dorești... atunci când te-ai cufundat în somnul tău profund fă-mi un semn cu capul...”

Continui să te relaxezi... să dormi și să visezi... să visezi..., aflându-te într-o stare de relaxare plăcută, odihnitoare... în timp ce eu îți voi spune o poveste. Așa cum am discutat, nu e nevoie să ascuți povestea mea pentru că noi avem încredere că inconștientul tău, partea din spatele minții tale, va alege ce este important pentru tine din spusesele mele. Dacă ești de acord, fă un semn cu capul... „(Pacienta semnalizează.)

„Povestea s-a întâmplat cu mult timp în urmă... nu știu cu cât timp... într-o altă țară.

Un băiat pe nume Sam era foarte mândru de faptele sale și avea și motive să fie, pentru că era un foarte bun șofer... El se simțea foarte bine la volan când își conducea frații mai mici la antrenament... Sam își ajuta și părinții la treburile casnice... și el avea de ce să se mândrească pentru că avea doar 16 ani, nu-i așa? (Pacienta semnalizează cu capul.)

Sam era foarte bun și la învățătură și era atât de fascinat de lecțiile de engleză, încât rămânea cu creionul sau pixul suspendat în aer, pierzând noțiunea timpului... ora de clasă i se părea doar o clipă pentru că el nu mai acorda atenție trecerii timpului. Când își făcea lecțiile acasă uneori..., dar nu totdeauna... Sam uita de sine... și i se părea că lucrurile care s-au petrecut mai demult se petrec chiar atunci...

Dar, la fel ca toată lumea, Sam nu era perfect. Ai fi putut crede că el avea încredere în sine în toate situațiile, dar nu era așa... în fundul sufletului său, Sam era un timid... și acest lucru îl îngrijora foarte mult... Duminică dimineața, în timp ce conducea mașina pe drumul de țară, el s-a hotărât să mai meargă încă 50 de kilometri până la casa bunicii sale. El îi solicita adesea sfatul și acum sosise momentul să-i ceară ajutor în problema timidității... Odată ajuns la destinație, el i-a

explicat bunicii cum a putut mai bine ceea ce simte..., iar bunica cea înțeleaptă l-a ascultat cu răbdare, cu un zâmbet șăgalnic pe buze...

În cele din urmă, bunica i-a zis: «Sam, aș dori să-ți spun ceva care să te ajute să rezolvi problema ta... ești de acord să faci ceea ce îți voi cere eu?» Sam a răspuns afirmativ. (Pacienta, aflată în transă, semnalizează «da» printr-un semn cu capul.)

«Sam, ascultându-te mi-am dat seama că tu ești uneori mai timid, iar alteori mai puțin timid... de pildă, la orele de matematică te simți mai timid, în timp ce la orele de istorie te simți mai puțin timid... când ești cu prietenul tău Tom ai încredere în tine... în timp ce în prezența Mariei nu te simți defel în largul tău... Acum noi va trebui să verificăm ipoteza mea... tu trebuie să observi cum se manifestă această timiditate ciudată a ta... Rezultatul poate fi foarte, foarte interesant... Pentru a realiza această verificare, tu va trebui să continui să te simți încrezător în forțele proprii atunci când ești la ora de istorie și în compania Mariei, iar miercuri... numai miercuri... aș dori să fii atent la ceea ce se petrece în trupul și în mintea ta atunci când te afli la ora de matematică și împreună cu Tom... Nu trebuie să faci nimic miercuri, ci doar să observi... Ce părere ai?» (Dalia zâmbește.)

După revenirea din transă, Dalia a relatat că a simțit o senzație de greutate plăcută în brațe și o stare asemănătoare cu somnul, la fel ca data trecută. În urma acestei ședințe, pacienta a menționat că a realizat progrese surprinzătoare în ceea ce privește încrederea în sine și comportamentul cu ceilalți copii, ea relatând și faptul că le-a vorbit colegilor de clasă despre „miracolele hipnozei”. Terapeutul i-a spus că el nu a fost decât un ghid care a ajutat-o să-și găsească drumul în direcția schimbării.

În vederea soluționării problemelor legate de interacțiunile pacientei cu familia a fost aplicată, în stare de veghe, o altă povestire metaforică, adaptată de Gafiner și Benson (2003) după Close (1998).

Grâul faraonului

„Am să-ți spun acum o poveste sau cel puțin așa s-ar părea. La începutul secolului al XX-lea a fost descoperit mormântul unui faraon egiptean. S-au găsit acolo numeroase comori, iar printre acestea se afla și un vas cu boabe de grâu. În timpurile străvechi, faraonii atribuiău grâului puteri magice și, din acest motiv, cercetătorii s-au întrebat dacă boabele de grâu mai au viață în ele, dacă mai încolțesc.

Boabele de grâu au fost date unui cunoscut agronom care le-a semănat și în câteva săptămâni grâul a încolțit și a crescut!

Până atunci se știuse că grâul își menține vitalitatea maximum șapte ani. Descoperirea a surprins lumea științifică, a sporit faima cercetătorului, a atras atenția asupra însemnătății misterelor egiptene și chiar a contribuit la modificarea sistemului modern de păstrare a grâului. S-a recomandat ca acesta să fie depozitat doar în locuri uscate, răcoroase și la întuneric. La scurt timp după ce savantul agronom a murit, fiii săi au publicat un articol pe tema grâului faraonului. În acel articol au povestit cum ei, doi adolescenți, au amestecat grâul contemporan cu grâul din antichitate, iar acum doresc să împărtășească și celorlalți din experiența lor.”

După ce a ascultat povestirea, Dalia a zâmbit și a spus: „Cred că ați vrut să-mi dați o temă de gândire”.

O lună mai târziu, terapeutul a primit-o pe Dalia împreună cu părinții ei pentru a evalua rezultatele intervenției psihoterapeutice. Părinții au relatat faptul că lucrurile merg foarte bine și că nu mai apar probleme de niciun fel.

Yapko (1995) prezintă, la rândul său, un model de inducție hipnotică permisivă care îl ajută pe subiect să afle cine este el de fapt, să-și cunoască bine părțile componente ale Eului și să le utilizeze eficient în cadrul diverselor interacțiuni sociale în care este implicat. Astfel, el trebuie uneori să gândească rațional, alteori să asculte de îndemnul inimii; să reflecteze sau să se lase condus de primul impuls (pp. 147–151).

„Acum putem începe... așază-te comod în fotoliu... gândește-te la o situație plăcută și relaxează-te... lasă-te absorbit de experiențele plăcute care îți vin în minte... și care devin tot mai clare și care te definesc așa cum ești... lumea ta interioară... care este diferită de lumea exterioară... din care, în mod paradoxal, și tu faci parte..., deși ești speriat de ea. Și acum, pe măsură ce te lași purtat de experiențele trăite... lași ochii să se închidă și îți îndrepti atenția spre interior... observi că trăiești experiențe compuse din elemente diferite... unele se referă la gândurile care îți trec prin minte... gânduri care te fac să reacționezi într-un anumit fel... toate aceste gânduri sunt experiențe mentale... experiențe conștiente care reprezintă o parte importantă a Eului tău. Există și o altă parte a ființei tale care se referă la aspectele fizice... o parte de care ieși cunoștință când stai comod în fotoliu și îți simți brațele relaxate... Oare care dintre brațele tale este mai relaxat decât celălalt?... Devii conștient de respirația care este tot mai

calină... tot mai lentă... și bătaile inimii devin tot mai liniștite... tot mai liniștite... Iei cunoștință acum de o altă parte a ființei tale care surprinde sentimentele tale... parte care se bucură de faptul că stai aici relaxat... liniștit... fără să fie nevoie să te gândești la ceva... să trăiești clipa de față... să trăiești sentimentul de plăcere că te afli aici... sentimentul de încredere că poți învăța încă multe lucruri... starea de relaxare plăcută... în care nu trebuie să faci nimic. Câte elemente cuprinde oare latura ta afectivă?... Sunt elemente optimiste sau pesimiste... părți ale Eului tău care doresc să lucreze, altele care vor să se joace... altele care gândesc... altele care te îndeamnă să cauți compania celorlalți, altele care te îndeamnă la singurătate... Ființa ta cuprinde nenumărate fațete și fiecare dintre aceste fațete include un imens potențial de care te poți folosi... fiecare dintre părți te poate ajuta într-o situație sau alta... Faptul că înveți să te concentrezi asupra uneia dintre fațetele ființei tale... să te lași absorbit de ea... este un lucru foarte util pentru tine... este ca și cum reflectorul atenției luminează o parte din tine... parte care se activează într-o anumită situație și te ajută să faci față cu bine acelei situații... înveți și faptul că dacă nu abordezi situația cu partea potrivită a personalității tale, pot apărea probleme... Știi că dacă te duci la o petrecere, este bine să activezi acea parte din tine căreia îi plac oamenii și îi place să se distreze..., dar ce s-ar întâmpla dacă cineva s-ar duce la petrecere și s-ar lăsa absorbit de gânduri triste... gânduri care l-ar separa de ceilalți... tu înveți că există momente în care trebuie să te focalizezi spre interior... să realizezi o introspecție și momente în care trebuie să te focalizezi spre exterior... a te focaliza spre interior la o petrecere nu ar fi o idee prea bună... pentru că vei trăi stări afective negative și îți vei reproșa că nu ai reușit să intri în atmosferă... în fiecare dintre noi există ziduri pe care le putem construi sau dărâma atunci când dorim... aceste ziduri separă diversele experiențe acumulate...

Poți să-ți imaginezi mai multe încăperi care au uși..., iar dacă deschizi o altă ușă ieși contact cu sentimentele și emoțiile tale... o altă ușă te va pune față în față cu slăbiciunile tale..., în timp ce alta te va conduce la resursele tale de forță și adaptare... Cât de extraordinar este sentimentul de autocontrol... de putere pe care îl ai atunci când poți să-ți cunoști laturile personalității și știi să treci de la una la alta atunci când este necesar...

Este bine să învățăm ceva și din experiența altora... îmi amintesc că am lucrat cu un pacient care trăia cu o femeie pe care o iubea foar-

te mult..., dar diminețile când cei doi mergeau la serviciu... trebuind să meargă pe drumuri diferite... ei începeau să se certe pentru lucruri mărunte... cine va cumpăra lapte... cine se va opri la piață... bărbatul se simțea zdrobit... atât de deprimat încât nu mai putea lucra... Cât de important ar fi fost pentru el să știe să-și separe viața personală de activitatea de la serviciu... stările sale afective de capacitatea de a funcționa eficient... frustrările și furia de vorbe pe care le adresa prietenei sale... Sentimentele de furie trebuie separate de cuvintele care lovesc sau distrug... Există ziduri, bariere care separă stările noastre afective de acțiunile noastre... furia de violență... sentimentele și atracția față de o persoană, de conduita iresponsabilă... înveți acum faptul că poți separa diversele părți ale Eului tău... înveți faptul că poți separa experiențele tale obișnuite de experiențele pe care le trăiești în hipnoză... Poți separa acțiunile pe care trebuie să le realizezi mai târziu de experiența pe care o trăiești acum... când te relaxezi... ascuți... înveți... Acum știi că și statele au granițe... Statele Unite sunt separate de Canada sau Mexic... Există granițe care separă statul unde trăiești tu de statul vecin... orașul în care locuiești de un alt oraș...

Statele au trupe de grăniceri care au menirea să vegheze la integritatea hotarelor... să-i mențină în interior pe cei care trebuie să se afle în interior și să-i țină afară pe cei care nu trebuie să intre... Fiecare are granițele sale și își definește în felul său cultura, limba, obiceiurile... se definește pe sine... știi că există situații când un grup de oameni invadează un alt grup și încearcă să-și impună asupra lui voința și stilul de viață... Lucruri asemănătoare se petrec și la nivel personal când unii indivizi te asaltează... îți cer anumite lucruri pe care ei doresc să le faci... dar tu ai limitele tale și ai capacitatea de a-ți apăra aceste limite de alții... Ești capabil să rezisti unor tactici care îți trezesc culpabilitatea... sau care te intimidează... sau oricărui altor tactici de manipulare... ești capabil să te protejezi cu măiestrie, cu forță, cu grijă... cu atenție... înveți foarte repede că fiecare parte a personalității tale este utilă într-o situație sau alta... într-o perioadă de timp sau alta..., chiar dacă este o parte din tine care este supărată... critică... jucăușă sau iubitoare... Ai învățat acum că poți pune în funcțiune oricare parte din tine... este alegerea ta ce parte a personalității tale pui în acțiune... Atunci când nu ți-a ieșit ceva poți pune în acțiune partea personalității tale care oferă compasiune..., atunci când te simți supraîncordat poți activa acea parte a personalității tale care știe să se

relaxeze... când ești prea autocritic poți pune în acțiune acea instanță care este mai înțelegătoare și care te ajută să te accepți așa cum ești.

Realizezi faptul că experiența ta este unică și că, indiferent cât de mult ține cineva la tine, dacă îți rupi un picior trebuie să porți un aparat gipsat... nimeni nu-l poate purta în locul tău... există totdeauna limite care ne separă de ceilalți... și este foarte bine așa... deoarece numai astfel poți fi tu însuși... poți să-ți dezvolti plenar toate părțile Eului... poți să înveți să le cunoști și să le utilizezi ori de câte ori ai nevoie... Te vei simți foarte mândru de faptul că o poți face... că ai câștigat un bun autocontrol asupra ta... îți va trebui un timp oarecare pentru a integra noi experiențe, pentru a sistematiza cunoștințele... pentru a te putea bucura din plin de cele învățate... Atunci când vei fi gata... vei putea încheia această plăcută experiență... reorientându-te treptat... atunci când ești gata să o faci... reorientându-te treptat aici și acum... și vei deschide ochii atunci când vei simți nevoia să-i deschizi... când vine timpul să-i deschizi..."

Același autor (Yapko 1995) prezintă și câteva dintre *strategiile hipnoterapeutice* mai frecvent utilizate de el.

1. Modificarea istoriei personale

Aceasta se realizează prin intermediul regresiei și progresiei de vârstă, al disocierii și tehnicii distorsionării timpului.

Această strategie se utilizează mai ales atunci când clientul consideră că problema sa își are originile în deciziile eronate pe care le-a luat în etape timpurii ale existenței sale. De pildă, dacă un client a trăit experiențe de abuz în copilărie și a luat decizia pe bază de generalizare că lumea este abuzivă, că oamenii nu sunt de încredere și că nu te poți baza pe ei, terapeutul va trebui să sugereze regresia de vârstă și apoi să-l ajute pe client să trăiască în plan imaginar experiențe în care să se simtă iubit, îngrijit și protejat de către ceilalți. Odată actualizate disponibilitățile afective de dragoste și protecție, terapeutul îl va ghida să-și revizuiască istoria vieții având respectivele resurse. În felul acesta se poate proceda apoi la modificarea atitudinii clientului față de sine și față de ceilalți.

Subiecții care se implică profund în experiența hipnotică vor fi capabili să integreze noile experiențe sugerate și să le trateze ca făcând parte din istoria lor reală (unii chiar vor fi convinși de autenticitatea acestora, în timp ce alții vor fi doar mulțumiți de faptul că le-au trăit, conștienți fiind că ele aparțin experienței hipnotice.

2. Procesarea evenimentelor psihotraumatizante

Nicio ființă omenească nu este scutită de psihotraume severe (decese, pierderi materiale, dezastre) sau minore, specifice vieții cotidiene. Acestea din urmă, mai ales dacă au avut loc în copilărie (un coleg de clasă a făcut o glumă pe seama subiectului), au un impact foarte puternic asupra vieții emoționale a acestuia. Pentru subiectul aflat la vârstă adultă, aceste traume par neînsemnate din punct de vedere emoțional, dar ele pot continua să exercite o influență negativă asupra acestuia, generând simptome psihopatologice.

Procesarea incidentului critic în stare de hipnoză presupune sugerarea regresiei și progresiei de vârstă, retrăirea în plan imaginativ a evenimentului traumatic cu multe detalii (catharsis), disociere și chiar sugerarea prezenței unor halucinații. Terapeutul îl va ajuta pe clientul său să se elibereze de încărcătura emoțională produsă de incident (catharsis) și apoi îl va ghida să îl reinterpreteze, descoperindu-i o nouă semnificație.

În cazul în care clientul păstrează amintirea celor petrecute, terapeutul îi va sugera în mod direct să retrăiască situația psihotraumatizantă. Dacă însă aceasta a fost uitată sau refulată parțial (inconștientul subiectului a decis să-l protejeze pe acesta, plasând informațiile traumatizante în afara conștiinței), terapeutul va trebui să acționeze cu multă prudență, lăsându-l pe client să proceseze în ritmul său personal. Adresarea de întrebări care să evoce răspunsuri ideomotorii este foarte utilă în astfel de situații, pentru că îi indică terapeutului ce dorește inconștientul clientului și în ce măsură acesta este capabil să se confrunte cu experiențele psihotraumatizante și cu consecințele acestora.

3. Prescrierea unor teme pentru acasă

Multe sisteme psihoterapeutice utilizează tehnica temelor pentru acasă pentru fixarea și amplificarea unor gânduri, sentimente și comportamente care au fost elaborate în cursul ședințelor de psihoterapie. Temele pentru acasă operează la nivelul experienței directe și din acest motiv pot influența într-o măsură mai mare subiectul decât indicațiile și procesările terapeutice desfășurate în plan verbal. În cazul în care aceste teme sunt bine gândite, ele vor acționa la nivel inconștient ca un fel de metafore terapeutice. Atunci când clientul se angajează într-o anumită activitate care îl va face să se simtă diferit, ori de câte ori se confruntă cu gândurile, sentimentele și comportamentele

cu caracter limitativ, schimbarea terapeutică reală va deveni posibilă (Haley, 1973; Madanes, 1981, 1984; Lankton, 1988; Yapko, 1988).

Un tip de temă pentru acasă frecvent utilizată în psihoterapie constă în a-i cere clientului să realizeze un experiment prin intermediul căruia să testeze faptul că o convingere a sa cu caracter eronat nu este adevărată, fiind doar produsul imaginației sale. Astfel de tehnici se utilizează frecvent într-un alt context, în cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

4. Modificarea cadrului de referință

Are ca obiectiv destructurarea vechiului sistem de referință al clientului, sistem care a condus la apariția problemei-simptom, și crearea unui nou, care îi permite să îmbrățișeze un nou punct de vedere. În plan metaforic, este vorba de transformarea sticlei pe jumătate goală într-o sticlă pe jumătate plină.

Schimbarea sistemului de referință poate acționa și invers. Astfel, dacă subiectul manifestă un comportament disfuncțional de care se simte încântat, poate renunța la acesta dacă terapeutul va eticheta respectivul comportament într-o manieră negativă. Cu toate acestea, majoritatea intervențiilor terapeutice de acest tip urmăresc să transforme o situație care generează disconfort psihic într-una cu semnificație pozitivă. Evidențiind aspectele pozitive ale situației psihotraumatizante, terapeutul îl va determina pe client să-și schimbe atitudinea față de respectiva situație.

Să presupunem că un pacient percepe existența în culori extreme (alb-negru) și din acest motiv își fixează imperative categorice de tipul „trebuie neapărat”; terapeutul îi poate oferi următoarea sugestie (Yapko, 1995):

„Poate ați văzut testul «petelor de cerneală», test pe care îl utilizează frecvent psihologii... Subiectul vede un stimul ambiguu... o pată de cerneală... și îi conferă o semnificație... proiectează ceva din sine însuși asupra petei... pentru că pata de cerneală nu înseamnă nimic... ea este doar ceea ce crede subiectul că este... un stimul ambiguu... Și care este cel mai ambiguu stimul cu care se confruntă orice om?... viața... viața este ca o pată de cerneală... unii o percep ca pe o aventură, ca pe o oportunitate... în timp ce pentru alții viața reprezintă o problemă care trebuie suportată până la capăt...”.

Prin intermediul acestor sugestii, eticheta „viața este colorată în alb-negru” devine „viața seamănă cu o pată de cerneală”.

5. Prescrierea simptomelor

Reprezintă o strategie prin intermediul căreia se cere clientului în mod direct sau indirect să continue să manifeste simptomul pentru care s-a prezentat la psihoterapie. Atunci când subiectul este încurajat să facă în continuare ceea ce el face deja, dar într-un mod oarecum diferit (se prescrie ca simptomul să se desfășoare într-un anumit loc și într-un interval de timp bine precizat), simptomul va fi trăit în mod diferit. Simptomul își va pierde astfel caracterul involuntar, transformându-se într-un comportament deliberat și în felul acesta se va întrerupe secvența psihopatologică de interacțiune. Astfel, încurajând un client refractar să reziste la terapie, rezistența va fi transformată în cooperare.

Prescrierea simptomului îl transformă pe acesta dintr-un comportament necontrolat într-unul care presupune anumite limite și pe care pacientul îl poate manipula, pentru că se află sub controlul său. Datorită acestui fapt, subiectul se simte liber să-l modifice în avantajul său (Haley, 1973; Zeig, 1980a, 1980b; Seltzer, 1986; Weeks, 1991).

6. Metaforele psihoterapeutice

Metaforele psihoterapeutice sunt povestiri astfel elaborate, încât să se refere în mod indirect la problemele clientului și să capteze total atenția acestuia. Povestirile trebuie prezentate într-o manieră hipnotică, cu modulări ale vocii, formulări sugestive, incluzând reacțiile clientului în plan verbal sau nonverbal.

Prezentăm mai jos o povestire metaforică elaborată pentru un pacient cu tulburări de adaptare la situațiile schimbătoare ale vieții (după Yapko, 1995, p. 132).

„... Îți amintești de ultima ta vizită la grădina zoologică... un loc interesant, unde ai multe lucruri de învățat despre viață... pentru că o grădină zoologică îți arată o multitudine de forme de existență... tot felul de ființe... fiecare cu trăsăturile sale caracteristice..., trăsături care le ajută să supraviețuiască... Remarci că unele animale au dimensiuni mari, altele sunt foarte mici... unele se hrănesc noaptea... altele ziua... unele sunt agresive... altele fricoase... unele se târăsc... altele zboară... unele se ascund în pământ, în timp ce altele își schimbă culoarea... Este minunat să privești aceste animale și să înveți lecția naturii... să înveți să te adaptezi la clima schimbătoare... la lucruri diferite... lecția vieții e profundă, chiar dacă este uneori dură..., dar nimic nu este mai plăcut decât să reușești să te adaptezi eficient... și să te bucuri de rezultatele obținute...”

3. Psihoterapia strategică

Psihoterapia strategică își are originile în lucrările lui Milton Erickson, metodele sale depășind granițele hipnozei permissive din care își trag seva. Acest model terapeutic îi aparține lui De Shazer (1985). Încă din anul 1969, de când a început să se ocupe de psihoterapia scurtă, De Shazer și-a pus întrebarea cum ar putea decide mai bine ce tehnică terapeutică să aplice și la care să renunțe. Nici specialiștilor și nici clienților nu le este foarte clar ce înseamnă o psihoterapie de scurtă durată. Pentru unii specialiști, o terapie scurtă durează 10 ședințe, pentru alții 25 sau chiar 50 (Malan, 1976). În urma studiilor efectuate, Weakland și colaboratorii (1974) au ajuns la concluzia că 72% dintre pacienții tratați de ei au atins obiectivele terapiei în medie cam în șapte ședințe.

De asemenea, Fisher (1980, 1984) a comparat rezultatele terapiei cu 6, 12 și cu un număr mai mare de ședințe și nu a identificat diferențe semnificative în ceea ce privește ameliorarea stării pacienților. De Shazer (1985) consideră că o terapie scurtă se caracterizează prin faptul că este limitată în timp și totodată rezolvă problema cu care s-a prezentat clientul și nu „macină” aceleași dificultăți fără a ajunge la vreo concluzie.

Un exemplu de terapie de scurtă durată este dat de Milton Erickson (1954 a) în lucrarea sa „Tehnici speciale de hipnoterapie scurtă”, în care își prezintă modelul pornind de la discutarea a șapte cazuri clinice. Tehnica propusă de autor se centrează pe utilizarea intenționată a simptomelor nevrotice pentru a veni în întâmpinarea nevoilor clientului. Milton Erickson descrie cazul unui bărbat de 59 de ani care prezenta o paralizie isterică a brațului drept și risca, din acest motiv, pierderea serviciului. Terapeutul i-a spus pacientului că suferă de un sindrom progresiv care va conduce la trăirea senzației de amorțeală în spate atunci când mâna va lucra. Așa cum era de așteptat, paralizia a „progresat” până când pacientului i-a înțepenit o zonă a spatelui, în timp ce mâna a început să funcționeze normal. În acest caz a fost vorba de substituirea unei infirmități de tip nevrotic cu altă infirmitate comparabilă care însă nu conducea la incapacitatea de muncă a subiectului.

Pornind de la acest caz, De Shazer conchide că mecanismul-cheie al psihoterapiei scurte constă în utilizarea a ceea ce aduce cu sine clientul în așa fel, încât acesta să ajungă la un mod de viață satisfăcă-

tor. După aproximativ 15 ani de studii, De Shazer (1985) a ajuns la concluzia că pentru a asigura succesul unei intervenții terapeutice nu este necesar să avem informații detaliate în legătură cu simptomele și nici măcar nu trebuie să stabilim precis cum anume se mențin respectivele simptome, și acest lucru s-a dovedit adevărat, deși contrazice bunul-simț.

Observațiile au arătat că orice alt tip de comportament nou într-o situație problematică poate conduce la găsirea de soluții. Cu alte cuvinte, esențial este ca persoana care prezintă situația problematică să realizeze ceva diferit, chiar dacă respectivul comportament pare irațional, bizar, irelevant sau chiar comic. O altă condiție a eficienței terapiei scurte o constituie individualizarea demersului terapeutic pentru fiecare client în parte. Astfel, unui pacient cu insomnii, care nu obișnuia să citească, i se poate da sarcina paradoxală să nu doarmă, iar unui copil neatent la lecții, să facă un număr cât mai mare de greșeli. După cum se poate constata, în cazurile menționate este vorba de cunoscuta tehnică a prescrierii simptomului. Cu toate acestea, terapeutului poate să nu-i fie totdeauna clar ce aspect al simptomului ar trebui prescris pentru a se ajunge la soluția terapeutică, prescrierea realizându-se de multe ori pe baze intuitive.

În general, terapeuții specializați în terapie scurtă au tendința de a se centra asupra unor simptome clar definite și de a-și propune scopuri limitate și precise. Cu toate acestea, majoritatea clienților nu-și exprimă astfel problemele, nici chiar atunci când sunt ajutați de terapeut. Dimpotrivă, ei vin cu plângeri foarte vagi și nedefinite, iar în cazul acestor subiecți nici măcar nu este clar dacă problema lor a fost rezolvată sau nu. Din acest motiv, fără obiective precis definite, nu se poate aprecia succesul terapiei.

Pentru a-i determina pe pacienți să-și clarifice scopurile și obiectivele, De Shazer (1985) a elaborat o tehnică bazată pe confuzie și inspirată din studiile lui Milton Erickson care utiliza confuzia în-deosebi pentru a induce mai ușor hipnoza. În conformitate cu această tehnică, terapeutul stabilește relația terapeutică și solicită cooperarea pacientului, provocând și utilizând confuzia în așa fel, încât nevoia acestuia de a găsi un sens în situația terapeutică să nu poată fi satisfăcută, subiectul văzându-se obligat să-și fixeze un obiectiv.

În psihoterapia de cuplu se întâmplă foarte frecvent ca ambii parteneri să aibă păreri diferite în legătură cu problema și cu cine anume

ar trebui să se schimbe și în ce fel. De îndată ce obiectivele au fost precizate, chiar dacă acestea nu au un caracter mutual, se creează condițiile pentru rezolvarea problemei, soluțiile izvorând în mod spontan și într-un timp scurt.

A treia condiție a unei intervenții terapeutice eficiente constă în utilizarea aceleiași hărți mentale prin intermediul căreia a fost descrisă problema-simptom (același sistem de concepte, reprezentări, simboluri).

A patra condiție a reușitei terapiei o constituie caracterul indirect al demersului terapeutic, în cadrul căruia simptomul este acceptat ca atare și devine o parte a soluției. Astfel, De Shazer citează cazul unui preot care s-a prezentat la psihoterapie afirmând că și-a pierdut credința în Dumnezeu. În urma interviului clinic a rezultat faptul că preotul era foarte interesat de arhitectură și picturile din biserici. Terapeutul i-a recomandat să viziteze cât mai multe biserici și să facă fotografii pentru un prieten care pregătea pentru tipar un album de artă. Aflându-se la un moment dat într-una dintre bisericile în care făcea fotografii, preotul și-a regăsit credința.

Este evident faptul că obiectivul unei terapii eficiente nu este atât eliminarea simptomelor, cât mai ales ajutarea clientului să-și atingă în mod spontan obiectivele dezirabile.

O altă problemă care împiedică progresul terapiei o reprezintă rezistențele clientului. Pentru înlăturarea acestora, De Shazer (1985) procedează în felul următor: la început, conectează prezentul cu viitorul ignorând trecutul, apoi adresează complimente clientului pentru ceea ce face bine și în folosul său și, abia după ce acesta s-a convins că terapeutul se află de partea sa, se pot da sugestii în legătură cu ceva nou care ar trebui făcut și care ar fi util clientului. O altă idee interesantă pe care o susține De Shazer (1985) constă în aceea că pentru a avea rezultate în terapie sunt necesare doar schimbări mici și obiective rezonabile. Specialiștii în terapia de familie sunt de părere că o schimbare cât de mică în comportamentul unei persoane va produce modificări de comportament la toate celelalte persoane cu care această interacționează.

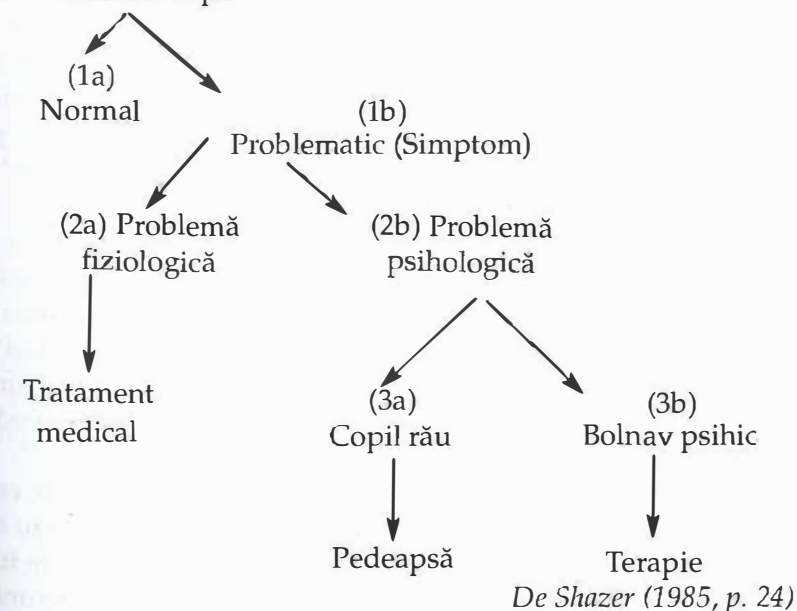
Studiile clinice au demonstrat că, cu cât obiectivele terapiei sunt mai pretențioase, cu atât există mai multe șanse ca terapeutul și clientul să eșueze în atingerea acestora. Ținând seama de această observație care rezultă din caracterul sistemic al terapiei de familie, De Shazer (1985) consideră că pentru rezolvarea unei probleme ce privește cu-

plul sau familia nu este obligatorie prezența tuturor celor implicați la ședința de psihoterapie.

Acuzele pacienților

Terapeuții trebuie să construiască niște ipoteze în legătură cu modul în care pacienții își construiesc simptomele și plângerile, de aici derivând modalitatea de a elabora soluția. Aceste ipoteze vor funcționa ca un fel de reguli pentru elaborarea demersului terapeutic de soluționare a problemelor clientului. Să presupunem, de pildă, că terapeutul consideră că simptomul îndeplinește o funcție sistemică de a menține familia împreună. În acest caz, el va trebui să planifice un demers în cadrul căruia familia să poată rămâne unită, dar în absența simptomului.

Enurezis la copil



Postulatul 1

Acuzele și simptomele conduc la comportamentul pus în acțiune de concepția de viață a clientului. Prima treaptă în construirea unui simptom este relativ simplă, deși consecințele sunt adesea disproporționate. Astfel, frecvent, oamenii afirmă că se comportă în maniera A,

deși terapeutul este convins că varianta corectă este non-A. „A” pare să reprezinte singura variantă logică și în același timp unica alegere. În mod ipotetic, simptomul este construit de pacient într-o manieră dihotomică („totul sau nimic”) (Watzlawick, 1983).

Model de simptom (De Shazer, 1985)

Enurezisul reprezintă un comportament frecvent și relativ răspândit printre copii în diferite circumstanțe și adesea acesta devine simptom.

Atunci când copilul urinează în pat, părintele adoptă o decizie (1) în legătură cu modul în care trebuie privit acest comportament: (a) comportament normal; (b) comportament problematic. Dacă se adoptă decizia că avem de-a face cu un comportament normal, atunci lucrurile merg înainte, în timp ce în cazul în care decizia este (b) — comportament patologic, se pune problema dacă este vorba de un simptom fiziologic (2a); etapa următoare este evidentă, și anume tratament medicamentos, care de cele mai multe ori se dovedește nesatisfăcător. În cazul în care alegerea este (2b), și anume o problemă psihologică (3), rămâne de văzut dacă este vorba de un copil „rău” (a) sau bolnav psihic (b).

În unele familii, ambii părinți cad de acord în legătură cu o anumită opțiune, dar în majoritatea cazurilor există divergențe de opinii. Se poate întâmpla ca unul dintre părinți să aibă dreptate și atunci urmează un demers terapeutic. În cazul în care opțiunea primului părinte s-a dovedit eronată, celălalt încearcă să rezolve problema-simptom. O altă ramificație a „arborelui” prezentat mai sus are în vedere problema „cine este vinovat de apariția simptomului?”

Greșeala poate să aparțină copilului (a) sau părinților (b). În cazul în care este vorba de doi părinți, poate fi greșeala mamei (a) sau a tatălui (b). Astfel, simptomul se construiește în moduri diferite în funcție de opțiunea referitoare la atribuirea vinei sau la restructurarea simptomului.

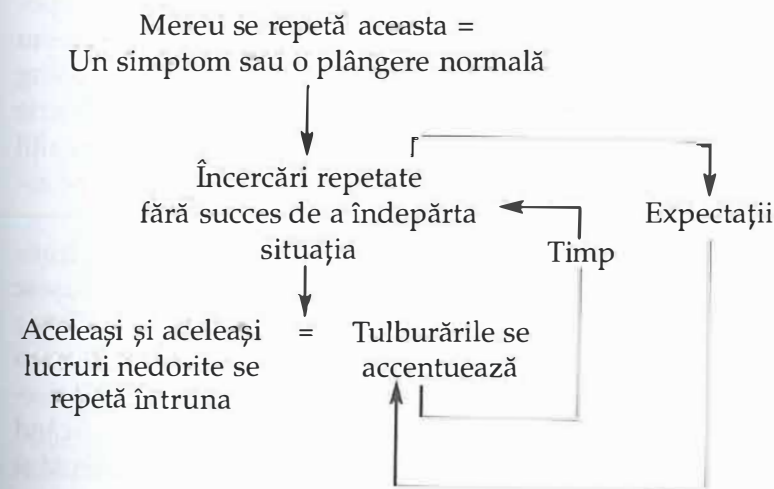
Postulatul 2

Simptomele se mențin din cauza convingerii clienților că ceea ce au decis ei să întreprindă în legătură cu problema apărută (simpto-

mul) reprezintă singurul lucru logic și corect care trebuie făcut. Astfel, clienții se află cumva prinși într-o capcană care îi obligă să-și mențină comportamentul simptomatic (Watzlawick et al., 1974) din cauza faptului că „își interzic” cealaltă variantă.

De îndată ce decizia considerată corectă a fost luată (simptomul este enurezisul), clienții încearcă să rezolve problema. Astfel, dacă se apreciază că respectivul copil urinează dinadins, atunci el trebuie tot mai mult pedepsit, iar pedepsele vor îmbrăca numeroase forme, mai ales pentru că ele nu dau rezultate. În felul acesta, pedepsele sunt urmate de comportamentul-problemă și comportamentul-problemă este urmat de pedepse, deoarece persoanele în cauză consideră că, așa cum am arătat, alegerea lor este singura corectă.

În cadrul unui sistem familial, simptomul îmbracă un caracter circular:



De Shazer (1985, p. 25)

Transformarea acuzelor (plângerilor) în probleme

Clienții se prezintă la cabinetul de psihoterapie cu plângeri foarte complexe, care includ multe elemente. De Shazer (1985, p. 27) și colaboratorii ajung la concluzia că „plângerile” clienților se referă în general la următoarele aspecte:

1. O secvență comportamentală;
2. O semnificație conferită situației;
3. Frecvența cu care se produce simptomul;
4. Localizarea condițiilor fizice în care se produce simptomul;
5. Gradul în care simptomul este involuntar;
6. Persoanele semnificative care sunt implicate în producerea comportamentului problematic în mod voluntar sau involuntar;
7. Problema legată de „cine” sau „ce anume” este de vină;
8. Factorii de mediu: serviciu, statut socioeconomic, locuință etc.;
9. Probleme fiziologice sau stări emoționale implicate;
10. Trecutul;
11. Predicții în legătură cu viitorul;
12. Expectații cu caracter utopic.

În cazul în care sunt mai multe persoane care se adresează terapeutului, acestea pot să cadă de acord sau nu cu privire la definirea, importanța sau semnificația oricăruia dintre elementele mai sus menționate. În funcție de situație, unele elemente pot fi mai pertinente sau mai strâns legate între ele decât altele. De pildă, mulți clienți se plâng de faptul că se simt deprimați. Unii dintre ei vor fi capabili să descrie aspectele comportamentale ale acestei situații, în timp ce pentru alții va fi dificil sau imposibil, dar aceștia din urmă se vor centra pe aspectele involuntare ale problemei.

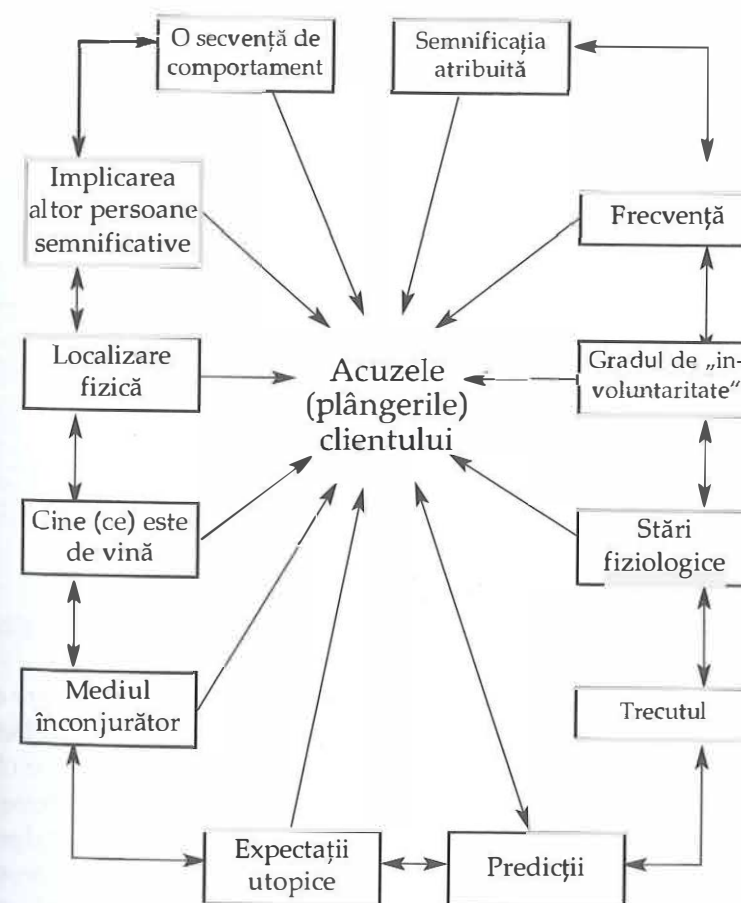
Sunt clienți care vor descrie cu ușurință persoanele semnificative care accentuează problema-simptom, în timp ce alții nu reușesc acest lucru. De asemenea, unii subiecți sunt capabili să depisteze „cauzele” care au produs simptomul, în timp ce alții nu reușesc s-o facă. În timpul interviului terapeutic, terapeutul trebuie să adreseze întrebări legate de toate aspectele menționate mai sus, încercând să definească problema, astfel încât soluția să poată fi întrevăzută și construită.

Fiecare client pare să aibă un factor favorit a cărui importanță tinde s-o accentueze în descrierea problemei. Experiența colectivului condus de De Shazer (p. 28) a demonstrat încă din anul 1977 faptul că oricare din factorii menționați poate fi modificat. Deși nu există o relație liniară între structurarea problemelor și structurarea intervențiilor, totuși elementele pe care clienții le accentuează foarte mult pot sugera germenii soluției. Astfel, dacă simptomul este descris ca manifestându-se doar într-un anumit loc, atunci sar-

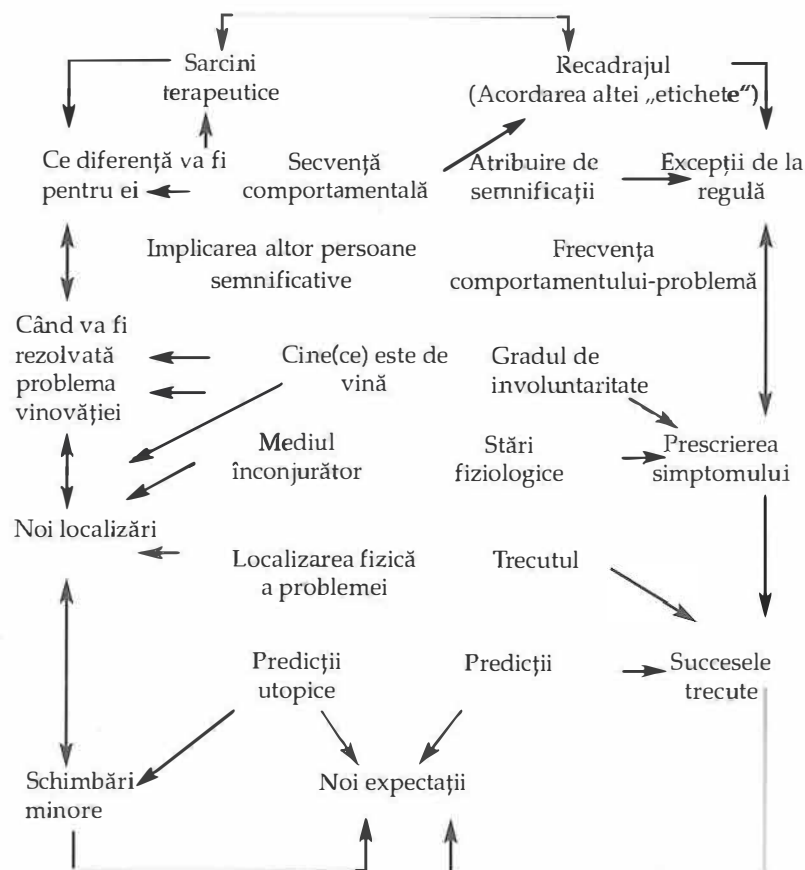
cina terapeutică trasată trebuie să fie îndeplinită în alt loc, pentru a se asigura o diferență în structurarea situației. De pildă, un cuplu relatează faptul că certurile au loc totdeauna în bucătărie, caz în care terapeutul le poate prescrie să se certe în dormitor (intervenție paradoxală), fapt ce se poate sfârși cu o experiență sexuală reușită.

În cazul în care simptomul implică relația cu o persoană care nu se găsește în cabinetul de psihoterapie, problema majoră care se pune este cum va afla persoana respectivă că s-a produs o schimbare majoră.

Structura „plângerilor” (acuzelor) De Shazer (1985, p. 29)



Transformarea simptomelor (plângerilor) în soluții terapeutice De Shazer (1985, p. 30)



Metaforele (De Shazer, 1985)

Cele 12 tehnici terapeutice pot fi asemănate cu niște porți care conduc la soluționarea problemelor-simptom. Fiecare acuză este diferită, și soluția potențială poate fi găsită deschizând poarta care are cheia cea mai accesibilă. Diferitele „porți” pot conduce la aceeași soluție sau la soluții diferite, iar o singură poartă poate, la rândul său, să ducă la soluții diferite. Terapeutul împreună cu clientul trebuie să descopere împreună care este poarta cea mai accesibilă. De Shazer (1985) obiș-

nuia să lucreze în echipă, coterapeuții aflându-se în spatele oglinzii cu o singură față. În felul acesta, fiecare coterapeut poate formula un punct de vedere personal cu privire la afirmațiile clientului. Din nefericire, acest mod de a lucra este costisitor și are relativ puține șanse să ia amploare în următorii ani în țara noastră.

Așa cum am mai subliniat, terapeutul este cel care identifică în cele din urmă „poarta” și calea cea mai potrivită ținând seama de natura simptomului. De pildă, dacă pacientul se plânge că este deprimat din cauza trecutului său și nu este capabil să depășească această situație, terapeutul va trebui să aibă în vedere limbajul în care își descrie acesta problemele. În exemplul nostru este evident că depresia are un caracter involuntar, se referă la acțiunile trecute ale clientului sau la alte persoane. În acest caz ar fi potrivite două „chei” (intervenții terapeutice):

- prescrierea simptomului: terapeutul îi va cere clientului să devină și mai depresiv (în felul acesta, simptomul își va pierde caracterul involuntar și va tinde să dispară);
- reetichetarea, care implică acordarea unei noi semnificații depresiei, în așa fel încât clientul va ajunge la concluzia că este preferabil să nu mai fie deprimat.

Distincția între cele două soluții terapeutice nu este cea care va indica modul cel mai eficient de acțiune. Pentru a fi cât mai sigur că merge pe drumul corect, terapeutul trebuie să adune cât mai multe informații cu privire la cei 12 factori constitutivi ai problemei, precum și despre ce anume îl face pe client să rămână prins în capcana simptomului. De Shazer (1985) atrage însă atenția asupra faptului că nici prea multă informație nu este indicată, deoarece poate produce confuzie. Problema care se pune este: „De cât de multă informație avem nevoie?” „Ce fel de informație este utilă?”

Construirea soluției terapeutice

Postulatul 3

Spiegel și Linn (1969) subliniază faptul că pentru rezolvarea problemei-simptom este necesară inițierea unor schimbări minimale (sarcina terapeutului), schimbările majore viitoare fiind generate de client (efectul bulgărelui de zăpadă care se rostogolește de pe un deal). Modul în

care are loc schimbarea terapeutică este asemănător cu situația în care o eroare mică poate conduce la o consecință catastrofală.

Pentru a se elibera de simptom, clientul sau clienții trebuie să spargă cercul vicios în care se învârtesc. De pildă, părinții unui copil enuretic nu trebuie să mai repete la nesfârșit același tip de comportament. Astfel, dacă oricare altă soluție în afară de pedeapsă a fost exclusă în cadrul deciziei timpurii, tocmai elementele excluse oferă șansa de rezolvare a problemei. Aceste variante de comportament excluse ar putea fi: recompensarea copilului când nu a urinat în pat, ignorarea faptului că acesta urinează în pat sau solicitarea ca micul pacient să-și spele cearșafurile murdare. Cheia problemei constă în aceea că orice comportament nou trebuie să fie suficient de diferit de cel anterior. Astfel, în demersul de căutare a noului răspuns, terapeutul va trebui să se ghideze după excepțiile de la conduita obișnuită a clientului (copilul poate urina în pat în anumite zile și în altele nu, în anumite condiții etc.).

Aceste comportamente de excepție trec, de regulă, neobservate pentru că diferențele sunt prea mici la prima vedere, dar acestea reprezintă exact informațiile de care terapeutul are nevoie. Astfel, acesta trebuie să identifice diferențele existente între modelele de comportament din cadrul sistemului familial când simptomul se produce și când nu se produce și, apoi, pe baza acestor diferențe, să construiască soluția terapeutică („care este diferența dintre situația când copilul urinează în pat și cea în care acesta nu o face?”; „ce modificări se înregistrează în familie când nu se produce simptomul?”; „care sunt modificările în atitudinea părinților față de copil atunci când nu se manifestă comportamentul-problemă?” etc.).

Studiu de caz (1) (adaptat după De Shazer, 1987)

Doamna Tomescu s-a prezentat la psihoterapie pentru că era de părere că nu știe cum să se poarte cu copiii săi. Ea considera că n-ar mai trebui să mai țipe la ei pentru că strigătele sale nu dădeau niciun rezultat și ea se simțea frustrată.

Încercând să stabilească un obiectiv terapeutic minimal, terapeutul i-a adresat următoarea întrebare:

„Ce crezi că se va petrece, Ioana, atunci când te vei raporta cu mai mult calm și mai rezonabil la copiii tăi?”

Această întrebare stabilește obiectivul terapiei: un comportament mai calm și mai rezonabil în locul obiectivului imposibil de atins —

să nu mai țip niciodată la copii. Acest început trebuie să fie conștientizat de clientă.

Apoi terapeutul i-a cerut pacientei să decidă în mod aleatoriu („să dea cu banul”) când să țipe la copii și când să nu o facă, să-i trateze cu calm și rezonabil și să remarce, pe baza rezultatelor obținute, când și cum să procedeze. Clienta a relatat că uneori țipetele dădeau rezultatele cele mai bune, alteori nu.

În felul acesta, terapeutul nu numai că a întreprins ceva, dar a și transformat obiectivul terapeutic într-o sugestie. În același timp, el a procedat de așa manieră, încât soluția să pară a fi generată mai mult de client decât de terapeut. Atunci când doamna Tomescu s-a prezentat la psihoterapie, problema ei era că țipa tot timpul și dorea să nu mai țipe deloc, iar eforturile ei de a nu mai țipa s-au dovedit lipsite de succes și frustrante. Este evident că obiectivul clientei avea un caracter nerealist, pentru că orice mamă țipă din când în când la copiii mici.

Sugestia terapeutică de a decide aleatoriu când să țipe și când să manifeste un comportament calm și rezonabil va transforma situația problematică din „sau una, sau alta” în „și una, și alta” din modalitățile comportamentale. Cu alte cuvinte, ea poate și să strige, și să se comporte calm, după cum va crede de cuviință. De îndată ce clienta a decis să manifeste un comportament aleatoriu, copiii nu au mai considerat comportamentul ei previzibil și, drept consecință, comportamentele lor, care o determinau pe mamă să țipe, au scăzut în frecvență și în intensitate. În următoarele trei săptămâni, strigătele mamei au căpătat o nouă semnificație: „Mama este foarte ocupată atunci când nu este calmă și rezonabilă”. Acest demers terapeutic i-a oferit clientei un mare grad de libertate în ceea ce privește natura comportamentelor sale.

Atât comportamentul de a striga, cât și cel de a nu striga reprezintă reacții acceptabile. Desigur, a nu striga implică o serie de comportamente care pot fi etichetate astfel: „a fi calm și rezonabil”. Decizia de a nu striga atunci când în mod normal ar fi trebuit să strige va reprezenta modificarea minimală care poate conduce la soluționarea problemei. Un asemenea demers psihoterapeutic acceptă clienta așa cum este: terapeutul n-o admonestează pentru că se comportă într-un anumit fel, nu îi cere să se schimbe, ceea ce nu conduce la rezistențe.

Studiu de caz (2)

O mamă s-a prezentat la psihoterapie cu cei doi copii ai săi, o fată de 15 ani și un băiat de 9 ani, pentru că fiica, fostă premiantă, a bătut

recordul la absențe nemotivate. În fiecare dimineață mama o scula pe fată și o trimitea la școală, aceasta promițând că se va duce. După ce mama pleca la serviciu, fata venea înapoi acasă și se uita la televizor toată ziua. În timp ce mama nu contenea să vorbească despre succesele anterioare ale fetei, terapeutul a început să se intereseze de realizările mamei din trecut. La un moment dat, mama i-a luat cheia fetei și aceasta, nemaiputându-se întoarce acasă, s-a dus la școală. Fiind însă îngrijorată de soarta copiilor în vreme ce ea se afla la serviciu, mama le-a înapoiat cheia casei.

Deoarece confiscarea cheii a apărut ca un comportament care dă rezultate, terapeutul a considerat că aceasta reprezenta cea mai simplă intervenție posibilă. În aceste condiții, consultându-se cu echipa terapeutică, i-a transmis pacientei următorul mesaj cu un anumit grad de ambiguitate: „Noi nu știm când se va întoarce Marina la școală și va rămâne acolo, nu știm dacă tu, ca mamă, știi când Marina se va duce din nou la școală, nu știm dacă tu, Radu, știi când Marina va merge din nou la școală și nu știm nici dacă tu, Marina, știi când vei merge din nou la școală. Noi nu știm cine deține cheia acestei probleme”. În drum spre casă, mama s-a gândit mult și în cele din urmă a luat cheia fetei și i-a dat-o unei vecine, care urma să supravegheze întoarcerea acasă a băiatului. Marina s-a dus la școală și a continuat să frecventeze cursurile. Fără să-i sugereze direct mamei să confiște cheia fetei, terapeutul a ajutat-o să iasă cu „fața curată” și să găsească singură soluția. Sugestia indirectă a permis o intervenție terapeutică minimală, care a avut drept rezultat faptul că fetița s-a dus la școală și a hotărât să obțină în continuare note bune.

Postulatul 4

Ideea în legătură cu ce anume trebuie modificat derivă din opinia clientului cu privire la modul în care va arăta realitatea fără problema-simptom.

În timpul interviului terapeutic, terapeutul și coterapeuții își propun să elaboreze un scenariu în care este configurată situația apărută după atingerea obiectivului terapeutic. Astfel, dacă stoparea comportamentului copilului enuretic nu va afecta în niciun fel relațiile dintre părinți și copil, probabil va modifica imaginea părinților asupra copilului și a acestuia din urmă asupra părinților. Soluția va con-

sta probabil în demersul reatribuirii de semnificații, al stabilirii vinovăției sau al schimbării unor aspecte legate de mediul înconjurător. De pildă, dacă părinții consideră enurezisul ca unul din multele semne derivate din faptul că propriul copil este „rău”, atunci dispariția simptomului nu va contribui prea mult la reetichetarea situației în așa fel încât să se ajungă la o soluție. În aceste condiții, terapeutul trebuie să creeze unele dubii fie în legătură cu semnificația simptomului, fie în legătură cu eticheta „este un copil rău”.

Asemenea dubii pot fi create, de pildă, prezentând enurezisul ca pe un comportament normal, prin reevaluarea întregii existențe a copilului: „adesea, un copil prea sensibil și creativ este luat drept un copil rău” sau prin convingerea că i se va acorda copilului tot atâta atenție atunci când nu va mai urina în pat ca și atunci când o va face. Se poate spune părinților că un copil care creează probleme poate fi considerat mai creativ, iar enurezisul reprezintă o dovadă de sensibilitate. Desigur, dispariția simptomului ca urmare a unor instrucțiuni de acest gen trebuie realizată cu prudență, în sensul că familiei trebuie să i se atragă atenția că respectivul copil poate crea multe probleme până va fi cu adevărat convins că i se va da atenție și dacă nu le generează. Indiferent de situația specifică, terapeutul trebuie să știe ce semnificație atribuie clientul simptomului său. Adesea, această semnificație este descoperită atunci când clientul este întrebat cum vor arăta lucrurile atunci când problema va fi rezolvată.

În cazul etichetei „copil rău”, absența enurezisului nu este suficientă, pentru că familia va considera că acesta va face altceva la fel de rău. După ce a identificat aceste etichete (atribuiri) negative, terapeutul poate realiza reetichetarea, substituind atribuiri negative cu unele pozitive (De Shazer, 1982 a).

Postulatul 5

Un nou sistem de referință (reetichetarea) trebuie să fie doar sugerat clientului și noul comportament bazat pe respectivul sistem de referință va genera rezolvarea problemei de către pacient.

Duncker (1945) a realizat un experiment ce ilustrează modul în care noul sistem de referință (noi definiții, noi semnificații) influențează ceea ce se va petrece: un grup de subiecți a primit următoarele materiale: chibrituri, lumânări și piuneze, fiecare dintre materiale

aflându-se în câte o cutie de carton. Al doilea grup a primit aceleași materiale, dar nu în cutii. Sarcina a constat în montarea lumânării vertical (pe un postament) pentru a lumina. S-a constatat că subiecții din grupul al doilea au rezolvat problema mult mai repede decât cei din primul grup. Se pare că pentru grupul I, cutiile au fost definite ca ambalaje, în timp ce, acestea neconținând nimic, grupul al doilea le-a identificat mai repede cu niște postamente potențiale.

Din acest experiment rezultă faptul că sistemele de referință (modurile de a vedea și de a defini o situație) și etichetele atașate situației influențează într-o manieră mai mare sau mai mică ceea ce noi vedem sau întreprindem. Mai exact, punctul nostru de vedere determină ceea ce se va întâmpla, și acest lucru nu este valabil numai în artă sau știință, ci și în viața cotidiană. Astfel, sistemele de referință și etichetele reprezintă expectații care ne ajută să dimensionăm și să organizăm lumea. Orice fenomen concret poate avea diferite etichete, ceea ce înseamnă că poate fi privit în funcție de diverse sisteme de referință (Watzlawick et al., 1974). Astfel, este foarte posibil ca eticheta „copilul știe ce să facă pentru a nu urina în pat” să fie de multe ori suficientă pentru a iniția schimbări în modelul comportamental existent.

Terapeutul are la dispoziție o varietate de modalități prin intermediul cărora poate să determine acceptarea și utilizarea respectivului sistem de referință. Astfel, familia poate fi solicitată să observe ce este diferit în serile premergătoare situației când simptomul nu se produce sau ce este specific dimineților de după o noapte în care copilul nu a manifestat simptomul. De asemenea, ei pot fi solicitați să prevadă în secret dacă va fi o noapte când se va produce simptomul sau o noapte în care acesta nu se va manifesta.

Răspunsurile la astfel de sarcini trebuie să conducă la constatarea unor diferențe pe baza cărora se va clădi următoarea intervenție terapeutică. O sarcină minimală, dar deloc simplă pentru terapeut în prima ședință de psihoterapie, și poate și în cursul altor ședințe, este să-și stârnească pacientului anumite dubii în legătură cu sistemul de referință cu eticheta pusă situației problematice și cu comportamentul ce derivă din acestea. Astfel, dacă familia va ajunge să se îndoiască de faptul că respectivul copil urinează totdeauna în pat, atunci comportamentul alternativ va deveni posibil. În același timp, dacă membrii familiei se vor comporta diferit și vor observa deosebirile (ce se întâmplă când copilul nu prezintă simptomul), atunci aceștia vor ajunge să aibă îndoieli în legătură cu sistemul inițial de referin-

ță (eticheta) pe baza căruia a abordat problema. Sistemele de referință și comportamentale interacționează și se definesc unul pe celălalt.

Studiu de caz (De Shazer, 1979)

Forța sistemului de referință sau a etichetei este clar ilustrată de clienta care își descrie situația în următorii termeni: „Am lăsat handicapul meu să facă din mine o infirmă”.

Este vorba de o tânără cu antecedente de poliomielită în copilărie, care trebuia să poarte proteze pentru susținerea picioarelor și se sprijinea de o cârjă în timpul mersului. Clienta avea impresia că s-a adaptat handicapului său pentru că era așa de când se știa. Ea se simțea însă respinsă de bărbații care o interesau și punează acest lucru pe seama handicapului său. La începutul terapiei, pacienta a afirmat pentru prima oară că se simte deprimată din pricina handicapului său. Ea avea o imagine de sine proastă și se autoaprecia așa cum credea că este apreciată de ceilalți. Pentru a-și reduce handicapul, ea a început să ascundă cârja ori de câte ori se afla în lume.

Intervenția realizată de De Shazer (1979 a) a fost focalizată tocmai pe eforturile clientei de a-și ascunde cârja. I s-a sugerat să poarte bastoane de forme și culori neobișnuite pe care să le expună ostentativ în fața celorlalți. Acest gen de comportament sugera tărie psihică, făcând o impresie pozitivă asupra celorlalți, care au început s-o trateze în mod diferit. Rezultatul a fost că ea a reușit să atragă bărbații pe care îi considera interesanți. În ultima ședință de psihoterapie, clienta a afirmat: „Acum nu mai las handicapul meu să mă transforme într-o infirmă”. Eticheta „infirmă” determina modul ei de a aborda oamenii și situațiile, în timp ce noua etichetă, și anume aceea de „persoană puternică”, a ajutat-o să dezvolte un nou tip de comportament, care a condus la reacții pozitive din partea celorlalți, datorită acestui feedback reușind să mențină noul model comportamental.

Acest exemplu ilustrează caracterul interacțional al sistemelor de referință și al „etichetelor”. Astfel, cu cât ea se purta mai mult ca o infirmă (ascunzând cârja), cu atât oamenii o tratau ca atare, și cercul vicious continua la nesfârșit. În momentul în care ea a început să se comporte diferit (își expunea bastoanele originale), ceilalți au privit-o ca pe o persoană sigură de sine și și-au modificat comportamentul față de ea. Desigur, descoperirea noului sistem de referință reprezintă

sarcina psihoterapeutului, și acesta trebuie să fie sigur (în limite rezonabile) că noua etichetă se va potrivi clientului și că noul model de comportament adoptat de acesta va fi întărit de ceilalți.

Se impune precizarea că, deși comportamentele eficiente și diferite se declanșează întâmplător, alegerea a ce anume trebuie realizat în mod diferit nu este o chestiune de șansă, ci reprezintă sarcina terapeutului. Astfel, dacă pacienta în cauză și-ar fi rupt cârja și ar fi utilizat în mod accidental un baston interesant ca aspect, dar ar fi continuat să-l ascundă, acest lucru nu ar fi fost relevant sub aspectul modului în care era percepută de ceilalți. Terapia prin intermediul „re-etichetării” oferă clientului un fel de oglindă care îl ajută să vadă lucrurile în mod diferit. Deși unei situații i se pot aplica mai multe etichete, nu toate acestea acționează la fel, unele contribuind la apariția unui comportament adaptativ, altele nu.

Postulatul 6

Specialiștii în psihoterapia scurtă acordă o atenție deosebită caracterului holistic și sistemic al simptomului și demersului terapeutic. Astfel, o modificare în cadrul unuia din elementele sistemului de relații interpersonale va afecta celelalte elemente și relații și, bineînțeles, sistemul în întregime. De pildă, dacă o singură persoană se va comporta în mod diferit, se va „sparge” deprinderea colectivă de a interacționa.

Dacă părinții copilului enuretic vor decide: (a) este o problemă sau (b) copilul este normal, sau (a) copilul este rău sau (b) copilul este bolnav, sau (a) este o problemă fiziologică sau (b) una psihologică, atunci o modificare a relațiilor dintre părinți poate servi ca punct de plecare pentru stoparea comportamentului simptomatic. Nu contează prea mult dacă certurile părinților produc enurezisul la copil sau dacă enurezisul copilului îi face să se certe, nici dacă terapeutul consideră că simptomul este menit să-i țină pe părinți împreună, ci doar faptul că enurezisul și certurile dintre părinți sunt legate între ele.

Secvența comportamentală este următoarea:

- (1) cu cât copilul urinează mai des în pat, cu atât părinții se ceartă mai mult unul cu celălalt;
- (2) cu cât părinții se ceartă mai mult între ei, cu atât copilul urinează mai des în pat.

Concepția holistică pornește de la premisa că oprirea certurilor va conduce la dispariția simptomului, după cum dispariția simptomului va avea drept consecință eliminarea certurilor.

Deoarece sistemul de referință și secvențele comportamentale sunt legate între ele, demersul terapeutic va fi diferit în funcție de modul în care familia abordează problema. Astfel, dacă familia consideră că enurezisul copilului conduce la certuri și etichetează situația astfel: „enurezisul este rezultatul bolii sau consecința faptului că este vorba de copilul rău”, atunci este necesar ca terapeutul să lucreze simultan cu întreaga familie și să întrerupă secvența patologică de comportament, introducând noi comportamente între perioada de timp în care se produce enurezisul și cea în care au loc certurile sau între perioada de certuri și cea în care se manifestă simptomul.

Acțiunea terapeutică exercitată doar asupra părinților nu este eficientă dacă aceștia consideră că numai copilul este vinovat de simptom. Acțiunea terapeutică asupra copilului singur este eficientă doar dacă acesta dorește să se debaraseze de simptom din motive personale. În cazul în care părinții utilizează o altă etichetare, punând enurezisul copilului pe seama certurilor dintre ei, atunci este eficient să se lucreze doar cu părinții, și oprirea interacțiunilor conflictuale dintre aceștia va duce, după toate probabilitățile, la dispariția simptomului copilului. Există situații când doar mama se prezintă la psihoterapie, punând problema secvenței enurezis-certuri în familie. Aceasta poate afirma că soțul ei nu este interesat de problemă pentru că el consideră enurezisul ca fiind un comportament normal și că, dacă soția ar privi lucrurile „corect”, ambele probleme (enurezisul și certurile) ar dispărea de la sine.

În această situație, psihoterapeutul trebuie să-l ajute să-și modifice reacțiile la enurezisul copilului. Dacă ea accentuează secvența „enurezis-certuri”, atunci focalizarea inițială a terapiei se va produce asupra reacției sale la enurezisul copilului, iar dacă ea va accentua secvența „certurile conduc la enurezis”, atunci obiectivul inițial al terapiei va fi modificarea comportamentului ei în relația cu soțul.

Un alt aspect important al terapiei scurte, care asigură eficiența acesteia, constă în crearea la pacient a unor așteptări pozitive în legătură cu schimbarea. De îndată ce terapeutul i-a creat clientului așteptări pozitive legate de faptul că lucrurile vor arăta în mod diferit, a doua problemă care se pune este ce anume așteaptă clientul să fie diferit după ce simptomul a dispărut, cunoscut fiind faptul că ceea ce

așteptăm să se întâmple influențează modul nostru de a ne comporta. Astfel, dacă cineva așteaptă să se petreacă ceva diferit, atunci pare firesc să întreprindă ceva diferit.

Scheme și planuri de intervenție

Hărțile sau planurile teoretice îl ajută pe terapeut să înțeleagă ce anume se petrece în situația terapeutică. Acestea indică modul în care trebuie „construite” problemele și unde dorim să ajungem („soluțiile”). De asemenea, aceste hărți, planuri sau scheme terapeutice sunt necesare pentru eficiența psihoterapiei. Aceste hărți-scheme nu reprezintă realitatea ca atare (teritoriul), ci doar construcții aproximative.

Studiind lucrările și cazurile clinice ale lui Milton Erickson, terapeutul începător se întreabă adesea ce se ascunde de fapt în spatele demersului intuitiv și aparent irațional al genialului terapeut. Soluțiile oferite clienților săi par adesea de domeniul magiei sau absurdului, deși la o analiză mai atentă se observă că acesta se conducea după niște principii teoretice care însă păreau ascunse unei priviri superficiale. Problema care se pune mai ales pentru terapeutii începători este aceea de a putea aplica unele reguli relativ clare cazurilor concrete.

Datorită contribuției lui Haley și Weakland (Erickson, Haley și Weakland, 1967), multe din demersurile terapeutice ale lui Milton Erickson au fost sistematizate și organizate în scheme-hărți, aplicabile și în alte situații, măcar într-o anumită măsură. Bateson (1979) formulează ideea conform căreia, pentru aceeași situație clinică (secvență patologică de comportament), pot fi formulate scheme diferite, evident fiind faptul că acestea se completează reciproc, de unde rezultă și avantajul activității terapeutice în echipă.

Hărți (scheme) terapeutice comparative: studiu de caz (De Shazer, 1985, p. 50)

Acest caz servește la clarificarea problemei avantajului pe care îl conferă o descriere dublă a aceleiași situații terapeutice. Astfel, două scheme-hărți ale aceleiași probleme (teritoriu) conduc la elaborarea unei scheme mai simple fără invalidarea schemelor inițiale sau a sur-

selor acestora. Este important de știut faptul că nu e vorba de o alegere (care schemă este mai bună), ci de găsirea acelei variante („hărți”) care să conducă la soluția terapeutică.

Un cuplu a fost trimis la psihoterapie de către consilierul în probleme de droguri pentru că acesta considera că problema lor maritală împiedica tratamentul toxicomaniei. Ambii soți utilizau cocaina de trei sau de mai multe ori pe săptămână și acest lucru se petrecea de câțiva ani. Soția, Jane, considera că utilizarea comună a drogului le distrugea căsătoria și dorea să se lase de droguri pentru a o salva. Problema maritală era, în concepția ei, legată de simptomele produse de consumul de droguri. Soțul, Ralph, nu considera consumul de droguri ca fiind o problemă reală. Pe el îl deranjau certurile lor frecvente, care se sfârșeau adesea cu violențe fizice, precum și discuțiile permanente în legătură cu drogurile. Soțul era de părere că trebuia oprite certurile și conflictele pentru salvarea căsniciei. În același timp, ambii erau de acord în următoarele probleme:

- (1) utilizarea drogurilor îi elibera de plictiseala pe care o invocau amândoi;
- (2) oprirea consumului de droguri putea duce la destrămarea căsniciei, la care soții țineau mult, pentru că, în afară de droguri, ei aveau relativ puține lucruri în comun.

Acest tip de oscilație între „da” sau „nu” în ceea ce privește oprirea consumului de droguri a fost denumit de terapeutii de orientare ericksoniană „capcană sau legătură dublă” (Bateson, Jackson, Haley și Weakland, 1956; Watzlawick, Beavin și Jackson, 1967).

Din analiza schemei bazate pe legăturile duble ale acestei relații de cuplu rezultă:

- 1) utilizarea drogurilor distruge căsătoria; conflictele și certurile, unele dintre ele în legătură cu drogurile, sunt în continuă creștere;
- 2) dar drogurile alungă plictiseala soților, astfel încât, dacă renunță la droguri, căsătoria lor se va destrăma;
- 3) evitarea acestei capcane ar putea fi realizată prin intermediul separării, dar acest lucru doresc să-l preîntâmpine ambii parteneri; situația continuă să rămână nerezolvată de mult timp;
- 4) creșterea consumului de cocaină ar putea fi o soluție de „scăpare” prin aceea că ei s-ar simți mai relaxați, dar atunci certurile în legătură cu utilizarea drogurilor se vor accentua și vor tinde să distrugă mariajul.

Așa cum se prezintă situația, cuplul pare condamnat să perpetueze la nesfârșit același cerc vicios.

Consultându-se cu echipa, terapeutul le-a prezentat următorul mesaj de intervenție încă de la prima ședință terapeutică:

„Aveți o problemă (Watzlawick ș.a., 1967, p. 52). Ni se pare, Ralph, că problema voastră maritală este exacerbată de consumul de droguri sau chiar este creată de acesta. Poate că ar trebui să nu mai consumați droguri pentru a vedea ce se întâmplă. Dar, pe de altă parte, noi suntem de acord cu tine, Jane, că, dacă veți opri consumul de droguri, nu vă va mai rămâne nimic. Și nu veți avea timp să creați ceva înainte ca mariajul vostru să se destrame. Pe scurt, nu știm ce dracu' veți face. Vă sugerez să vă gândiți la ceea ce v-am spus și să vă decideți cum veți acționa... mai întâi”.

Schema bazată pe legături duble (Watzlawick ș.a., 1967) conține mesaje de intervenție care implică ideea că terapeutul vede relația celor doi astfel:

- (1) oprirea consumului de droguri ar fi necesară pentru salvarea căsniciei și
- (2) continuarea consumului de droguri ar fi necesară pentru salvarea căsniciei și
- (3) ambele alternative de mai sus pot conduce la destrămarea căsniciei;
- (4) orice alternativă la care cei doi s-au gândit conține în sine un mare risc pentru căsnicie și
- (5) ei ar trebui să întreprindă o acțiune la care nu s-au gândit.

Până la ședința următoare de psihoterapie, Ralph și Jane au redus consumul de droguri cu două treimi, deși utilizarea acestora urma același model. Ulterior, fără a comenta acest lucru, cei doi au inițiat și alte activități noi, atât în comun, cât și separat. De data aceasta, mesajul echipei terapeutice s-a centrat în jurul temerilor terapeuților în legătură cu o posibilă recădere. O săptămână mai târziu, Jane și Ralph au raportat faptul că au eliminat total drogurile și desfășurau activități noi, atât în comun, cât și separat. Mesajul ulterior de intervenție se referea, de asemenea, la teama în legătură cu recăderea, în special la rapiditatea cu care se va produce aceasta. Contactele menținute vreme de șase luni și apoi un an au indicat faptul că nu a avut loc niciun fel de recădere. Cuplul a relatat că relațiile în familie s-au îmbunătățit, atât în activitățile comune, cât și în cele individuale.

Mesajul terapeutic caută să redefinească situația în așa fel încât să sugereze cuplului faptul că sunt necesare niște acțiuni diferite, care să nu se refere la continuarea consumului de droguri, nici la oprirea acestuia. În același timp, se sugerează în mod implicit ideea că oprirea consumului de droguri este necesară, dar nu pentru că aceasta va putea salva căsnicia. Situația este definită de terapeut astfel încât să se sugereze faptul că cei doi trebuie să creeze ceva pentru a-și salva căsnicia. Este evident că această intervenție încearcă să introducă un nou element (o nouă problemă), și anume aceea de a întreprinde ceva diferit pentru a salva mariajul, în felul acesta putându-se sparge cercul vicios.

Principiul Ockham (De Shazer, 1988)

William de Ockham, filosof din secolul al XIX-lea, spunea că „dacă un lucru poate fi realizat cu mijloace mai puține, este inutil să fie realizat cu mai multe mijloace”.

Acest sfat este deosebit de important pentru psihoterapeuții specializați în terapii de scurtă durată, care trebuie să găsească cea mai simplă explicație și intervenția potrivită. Pentru a respecta criteriul eficienței, schema situației terapeutice trebuie să reprezinte o imagine în oglindă a situației patologice.

Conceptul de „schemă în oglindă” în psihoterapia scurtă aparține lui Bateson et al., 1956. Aceste scheme „în oglindă” bazate pe legături duble sunt importante cel puțin din trei motive:

- 1) problema-simptom este descrisă ca având un caracter interpersonal, fără referire la ceea ce se petrece în psihicul celor doi parteneri;
- 2) problema-simptom este descrisă ca având loc într-un anumit context, care facilitează definirea comportamentelor;
- 3) modelul de intervenție terapeutică (modalitatea) de a acționa cu promptitudine este realizat pe baza acelorași criterii contextuale și interacționale, așa cum sunt ele interpretate de către psihoterapeut.

Sub aspect metaforic, intervenția de tip capcană sau legătură dublă poate fi asemănată cu o cheie care se potrivește unui lacăt. Importantă este însă elaborarea unor astfel de intervenții (chei) care să se potrivească mai multor situații asemănătoare (lacăte). Ceea ce ni se pare interesant la acest gen de psihoterapie scurtă este afirmația lui De Shazer (1985) potrivit căreia nu e neapărat necesar să cunoști în detaliu structura „lacătului” pentru a găsi „cheia” potrivită.

Deoarece „plângerile” (acuzele) clienților sunt construcții complexe, și intervențiile terapeutice trebuie să fie la fel de complexe, pentru că, dacă acestea ar fi simple, clienții le-ar descoperi singuri. Dar, așa cum sublinia Milton Erickson (1985), de cele mai multe ori, clienții nu știu exact care este problema și de aceea nu pot descoperi nici soluția. Cu toate acestea, specialiștii în psihoterapie scurtă izbutesc să rezolve problemele complexe ale clienților rapid, eficient și prin intermediul unor intervenții minimale. Secretul constă doar în aceea că intervenția trebuie să se potrivească cu natura problemei.

Pentru a fi adecvată (potrivită) situației clinice, intervenția psihoterapeutică trebuie să se bazeze pe:

- (1) percepția și interpretarea pe care o realizează terapeutul asupra structurii simptomelor (acuzelor) clienților;
- (2) percepția terapeutului în legătură cu modul în care își etichetează clientul problema (cum anume o interpretează), în așa fel încât de aici să izvorască soluția.

Intervenția trebuie să fie adecvată, astfel încât:

- (1) să se potrivească schemei de reprezentare a problemei și
- (2) să corespundă concepției clientului despre lume, însă cu precizarea că aceasta trebuie să conțină în sine o diferență care să conducă la o soluție satisfăcătoare.

Cooperarea — condiție a terapiei eficiente

În concepția lui De Shazer (1985), schimbarea poate fi definită în contextul psihoterapiei drept procesul de declanșare și promovare a unor comportamente noi, diferite și eficiente ca o schimbare a sistemului de referință sub care este prezentată problema, astfel încât să fie descoperită soluția acesteia.

Trebuie subliniat faptul că schimbarea terapeutică reprezintă un proces interacțional, proces care îl implică atât pe client, cât și pe terapeut, și nu o acțiune întreprinsă de terapeut asupra clientului care o suportă în mod pasiv.

Acțiunea psihoterapeutică nu se aseamănă cu o intervenție chirurgicală sau cu repararea unui televizor, ținând seama mai ales de faptul că pacienții nici nu-și expun problema în mod clar, cu o etichetă precisă, ci sub formă procesuală, ei înșiși aflându-se, atunci când se

prezintă la terapeut, într-un proces permanent de redefinire și clarificare a acesteia (Emerson și Messinger, 1977).

Clientul și terapeutul trebuie să construiască împreună situația problematică și să găsească soluția acesteia. Clientul este cel care inițiază procesul de schimbare prin simplul fapt că se prezintă cu problema sa la terapeut. Deoarece pacienții își definesc problema ca pe ceva ce nu poate fi soluționat (de aceea apelează la ajutor), noua definire a problemei, realizată împreună cu terapeutul, trebuie să implice faptul că problema este rezolvabilă. Clienții care se prezintă la terapie sunt cantonați în problemele lor din cauza concepției proprii cu privire la acestea (ei privesc „sticla” pe jumătate goală). Terapeutul care dorește să-l ajute pe client trebuie să adopte o atitudine prin care nici să nu-l aprobe, nici să nu-l contrazică, ci să găsească eventual o a treia variantă viabilă.

Așa cum arăta Milton Erickson (după De Shazer, 1985, p. 66), „pacienții vin la terapeut fără să știe exact din ce motiv. Ei au probleme, fiindcă altfel nu ar fi venit, dar deoarece nu știu exact care sunt acestea, ei nu le pot comunica terapeutului. Ei pot face doar relatări confuze în legătură cu nemulțumirile lor. Terapeutul ascultă ceea ce spun aceștia, bazându-se pe experiența sa, nu își dă seama despre ce este vorba, dar e conștient de faptul că nu s-a lămurit. Și, în aceste condiții, terapeutul trebuie să inducă o schimbare cât de mică la clientul său, pentru că acesta o așteaptă. Pacientul va accepta orice mică schimbare, și aceasta se va accentua în acord cu expectațiile și nevoile sale. Acest proces este asemănător celui în care un bulgăre de zăpadă se rostogolește de pe un deal, mărindu-se din ce în ce mai mult, până când se transformă într-o avalanșă (după Gordon și Meyers-Anderson, 1981, pp. 16–17).

Este evident faptul că pentru a găsi soluția terapeutul trebuie să adopte un stil interacțional de cooperare cu clientul său. După ce a luat decizia referitoare la natura problemei și a alcătuit schema demersului terapeutic, psihoterapeutul va trasa clientului prima sarcină pentru acasă. Schema îl ajută pe terapeut să răspundă solicitărilor și reacțiilor clientului într-o manieră cooperantă. Mai precis, în prima ședință de psihoterapie, terapeutul trasează clientului o temă concretă pentru acasă și dacă aceasta este îndeplinită exact, atunci este util să se traseze o nouă sarcină concretă.

În cazul în care clientul relatează că nu și-a făcut tema pentru acasă, atunci este indicat să nu se mai traseze o altă sarcină în respectiva

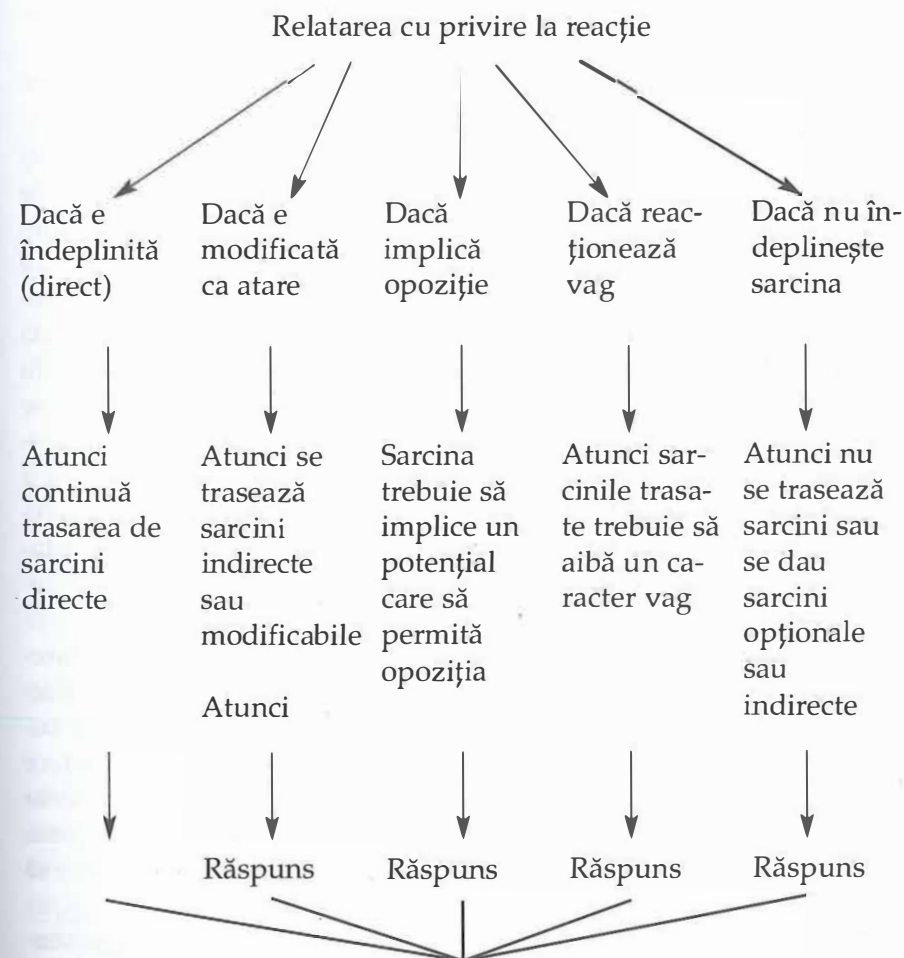
ședință de psihoterapie. Dacă pacientul raportează că a adus unele modificări sarcinii trasate, atunci terapeutul va fixa o nouă sarcină care să fie foarte ușor modificabilă sau o sarcină care să implice o alegere. Când relatarea clientului este vagă sau confuză, și sarcina terapeutică trebuie să aibă același caracter. Aceasta înseamnă, de fapt, că acțiunea terapeutului trebuie să fie în acord cu răspunsul clientului, totul desfășurându-se prin analogie cu un joc de tenis. Acțiunea terapeutului, așa cum spuneam, trebuie să corespundă reacției clientului, dar să fie suficient de diferită pentru a produce o modificare (schema este prezentată pe larg în pagina următoare).

Realizată în acest mod, prima ședință de psihoterapie are un caracter diagnostic, terapeutul încercând să descopere maniera în care clientul cooperează și apoi să-și conducă intervenția în funcție de această manieră. Relatările clientului din cursul ședințelor viitoare îi oferă terapeutului informații în legătură cu stilul de cooperare al clientului, terapeutul modificându-și, dacă este cazul, modul de intervenție.

În demersurile sale ulterioare, De Shazer (1985) și echipa sa au ajuns la concluzia că stilul cooperant gen „meci de tenis” trebuie cumva depășit, în sensul că acesta trebuie să inițieze (să producă) anumite reacții la clienții săi. Cu toate acestea, în prima ședință accentul este pus pe stabilirea raportului și pe inițierea cooperării cu clientul. Terapeutul trebuie să modeleze procesul schimbării în așa fel, încât să-i imprime o direcție menită să-l ajute pe pacient să-și rezolve problema. Contextul terapeutic trebuie utilizat în mod constructiv, astfel încât să se creeze la client expectația cu privire la o schimbare observabilă. În loc să activeze rezistențele, respectiv declanșarea luptei client-terapeut sau schimbare-neschimbare (De Shazer, 1979c; 1982a), abordarea lui De Shazer are, așa cum am mai subliniat, un caracter cooperant.

Trebuie să avem în vedere faptul că noțiunea de rezistență nu reprezintă decât o metaforă care descrie anumite comportamente ce se manifestă în contextul terapiei. Mai precis, dacă terapeutul se așteaptă la rezistențe din partea clientului, atunci el nu va sesiza încercările acestuia de cooperare, în schimb, dacă el solicită cooperarea, rezistențele nu se vor manifesta. Atunci când clienții se prezintă la psihoterapie cu problemele lor, expectațiile lor pentru viitor sunt că lucrurile vor merge „din rău în mai rău”. Fiecare încercare nereușită de soluționare a problemei conduce la întărirea expectațiilor legate de eșec, și astfel pacienții ajung să-și evalueze problema ca fiind nerezolvată.

Prima intervenție (sarcină) De Shazer (1985, p. 68)



Modificarea acestor expectații se va produce atunci când va surveni o anumită schimbare în condițiile ce caracterizează situația problematică. Terapeutul, ca sursă investită cu autoritate, trebuie să modifice aceste expectații și să genereze schimbarea. De pildă, un cuplu s-a prezentat la terapie pentru că cei doi soți se certau încontinuu. De fiecare dată ei își promiteau lor înșile, părinților, prietenilor că vor înceta să se mai certe, dar invariabil o luau de la capăt. Atunci când terapeutul i-a solicitat pe cei doi soți certăreți să descrie viața lor în

comun, el a valorizat pozitiv tot ceea ce realizau cei doi și care era benefic pentru aceștia (adresând complimente sau mesaje de încurajare), fapt ce a reprezentat o primă treaptă în construirea expectațiilor pozitive în legătură cu viitorul lor în calitate de cuplu.

Desigur, în cadrul oricărui cuplu mai există momente de dezechilibru sau de ceartă, situație în care terapeutul va interveni de asemenea manieră, încât eventualele discuții în contradictoriu să nu mai capete un caracter problematic, ci să fie privite ca aspecte normale ale existenței. Terapeutul specializat în terapia scurtă trebuie să reacționeze la orice schimbare, pe care o va interpreta ca pe un semn că lucrurile merg spre bine. Nu contează dacă unica schimbare reprezintă un comportament nou sau diferit, o excepție de la regula generală de conduită a clientului sau ceva ce aparent nu are nicio legătură cu simptomul. Orice schimbare constituie o diferență pe baza căreia se poate construi soluția terapeutică. Indiferent de natura sa, schimbarea va reprezenta un pas în direcția construirii unui nou set de expectații, care va conduce la rezolvarea problemei. Terapeutul trebuie să utilizeze orice schimbare spontană în comportamentul clientului, chiar dacă aceasta nu reprezintă consecința demersului terapeutic.

Așa cum sublinia Milton Erickson (cit. Haley, 1976b, p. 406) „Obiectivul psihoterapiei este de a-l ajuta pe pacient în modul cel mai adecvat, potrivit și acceptabil. În acordarea acestui ajutor, terapeutul trebuie să-l trateze pe pacient cu tot respectul și să utilizeze orice face sau prezintă acesta din urmă. Accentul trebuie pus mai ales pe ceea ce face pacientul în prezent și pe ce va face el în viitor și nu pe ceea ce s-a petrecut în trecutul îndepărtat. Sensul psihoterapiei trebuie să fie adaptarea pacientului pentru prezent și viitor”.

Milton Erickson aborda fiecare pacient cu expectația că schimbarea nu este doar posibilă, ci și inevitabilă, terapeutul comportându-se cu multă încredere, ca și cum ar fi fost foarte surprins dacă schimbarea nu ar fi avut loc (Haley, 1967a). Odată create expectațiile pozitive în legătură cu schimbarea, aceasta se va produce cu adevărat. Deși acest demers terapeutic nu ține seama de trecut (ca psihanaliza), totuși se pot utiliza anumite elemente legate de succesele trecute, explicabile sau accidentale, pentru a mări încrederea în sine a clientului și pentru a contribui la construirea setului de expectații pozitive cu privire la viitor. În psihoterapia scurtă, terapeutul așteaptă și este sigur că schimbarea se va produce rapid.

Tehnica bilei de cristal

Această tehnică a fost pusă la punct de Milton Erickson, care a utilizat-o pentru a rezolva o varietate de probleme. Tehnica este folosită pentru realizarea unei proiectări în viitor a pacientului, într-un viitor fericit, în care simptomul sau problema nu mai există. Tehnica se poate aplica atât în transă hipnotică, cât și în afara acesteia (De Shazer, 1985). Cu ajutorul acesteia, clientul își construiește propria soluție care poate apoi să servească ghidării procesului terapeutic.

Concepută de De Shazer (1985), tehnica a constat inițial din vizualizarea mai multor bile de cristal. I se cere clientului să vizualizeze în prima bilă de cristal o amintire plăcută din trecut, pe care a uitat-o. Aflat în transă hipnotică, acesta este solicitat să descrie amintirea respectivă cu cât mai multe detalii, concentrându-se îndeosebi asupra a ceea ce fac celelalte persoane. Apoi amintirea este așezată la locul ei și clientul este scos din transă. Această primă etapă servește următoarelor obiective:

- a) să-l familiarizeze pe client cu tehnica bilei de cristal;
- b) să se concentreze asupra comportamentului propriu și asupra comportamentului celorlalți;
- c) să conștientizeze că lucrurile uitate pot fi actualizate, după cum și invers, cele memorate pot fi uitate. Tehnica se repetă de mai multe ori până când pacientul se familiarizează cu aceasta.

A doua treaptă implică reinducerea transei și solicitarea clientului să vizualizeze în bila de cristal un eveniment recent, dar pe care l-a uitat în mod surprinzător. I se sugerează clientului ca respectivul eveniment să reprezinte un succes recent sau o situație care să fie o excepție de la comportamentul simptomatic. Indiferent în ce constă amintirea, i se cere clientului să-și descrie propriul comportament, precum și comportamentul celorlalte persoane implicate în situație. După încheierea transei, terapeutul reorientează discuția spre subiectele abordate înainte de inducerea transei.

Etapă a treia prezintă cea mai mare importanță pentru că în cursul acesteia clientul este orientat către viitor. La început, după inducerea transei, trecerea timpului este descrisă în detaliu și apoi aceasta este astfel dirijată, încât să devină tot mai vagă. Clientului i se cere să fixeze bila de cristal, fără să se specifice că este vorba de o anumită dată sau oră, și atunci când va reveni din transă să-și amintească faptul că a rezolvat pozitiv problema.

În etapa a patra, bila de cristal este utilizată pentru ca pacientul să-și amintească modul în care a rezolvat problema, reacțiile sale la acest proces, precum și atitudinea celorlalte persoane implicate. Clientul este apoi scos din transă, reorientat spre realitate și atras într-o discuție despre lucruri care nu au legătură cu problema și cu vizualizarea în bila de cristal.

Dacă se utilizează această tehnică, de regulă, după un anumit timp, clientul găsește singur soluția, și adesea soluția respectivă nu este cea imaginată în transa hipnotică.

Ulterior, De Shazer (1985) a început să utilizeze tehnica și în afara transei hipnotice, solicitându-i subiectului să vizualizeze în stare de veghe răspunsul la întrebarea:

„Cum vor arăta lucrurile pentru tine și pentru ceilalți atunci când problema ta va fi rezolvată?”

Foarte multe persoane sunt capabile să realizeze o proiecție pozitivă în viitor și în afara transei hipnotice. Esențial este că pacientul, odată ce a realizat imaginea vieții sale viitoare în absența simptomului, va întreprinde ceva diferit, în mod spontan, astfel încât viziunea cu privire la viitor să devină realitate. Deoarece este relativ dificil de prognozat variante încununate de succes în domeniul problemelor umane, este indicat ca terapeutul și clientul să construiască împreună soluții alternative de rezolvare a situației pentru care a fost solicitată terapia.

Studiu de caz (1)

Doamna Ionescu a solicitat hipnoza pentru că aceasta a ajutat-o pe mama ei să se lase de fumat după 25 de ani. Clienta, mamă a doi copii mici (sub șase ani), suferea de atacuri de panică și s-a prezentat la psihoterapie pentru că mama ei a refuzat s-o mai însoțească permanent la cumpărături. Pacienta divorțase în urmă cu trei ani și de atunci, din cauza atacurilor de panică, trebuia să fie tot timpul însoțită în oraș de mamă, prieteni sau vecini. Aceasta a solicitat ajutorul pentru că atacurile de panică se amplificau tot mai mult și se temea că-și va pierde prietenii fiindcă îi sâcăia prea mult și că vecinii vor începe s-o evite. În momentul prezentării la terapie, ea nu se temea doar să meargă la piață, ci în orice alt loc aglomerat. Temerile ei îi influențau tot mai mult viața și ea a început să se simtă singură și izolată. În același timp, nu avea cunoștințe printre bărbați pentru că se temea să intre în situațiile în care i-ar fi putut întâlni.

În afară de două atacuri de panică pe care le-a prezentat imediat după divorț, pacienta nu a mai avut niciunul, pentru că nu s-a mai expus niciunei situații anxiogene, ea deplasându-se în permanență însoțită de cineva.

Primele două etape ale terapiei au durat patru ședințe. La început, vizualizările ei în bila de cristal păreau niște filme realizate de altcineva. Chiar după ce s-a obișnuit cu tehnica, pacientei îi venea greu să descrie ce se întâmplă exact în scena respectivă. La un moment dat, terapeutul s-a declarat mulțumit deoarece clienta a trăit o situație psihosocială ca fiind încununată de succes.

În ședința a cincea s-a trecut la etapele trei și patru. Clienta a avut unele dificultăți în etapa a patra, a ieșit spontan din transă, dar a reintrat în transă tot în mod spontan. La sfârșitul ședinței, clienta a zâmbit și a adresat mulțumiri terapeutului. La ședința următoare, ea a relatat faptul că în cursul ultimei săptămâni a mers singură la piață, a simțit că atacul de panică tinde s-o cuprindă, dar nu i-a permis să pună stăpânire pe ea. După a treia ieșire neînsoțită, temerile ei au dispărut complet și nu au mai apărut timp de un an de zile, după care pacienta a fost scoasă din evidență. Ea a relatat faptul că ceea ce a văzut în bila de cristal nu era deplasarea ei la piață și că soluția i s-a părut mult mai simplă decât s-ar fi așteptat.

Studiu de caz (2)

Domnul Rădulescu, tânăr inginer de 27 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru tulburări de dinamică sexuală: nu mai avusese erecție de cinci ani. Cu doi ani înainte, acesta a divorțat de soție, care a plecat în străinătate pentru a se realiza pe plan profesional.

Pacientul pune divorțul pe seama dificultății sale de erecție, dar în același timp considera că problemele sale au afectat și cariera soției sale, atâta timp cât au fost căsătoriți. Acesta se aștepta ca după divorț să devină mai liber și mai activ sub aspect social, iar dificultățile sale să dispară, ceea ce nu s-a întâmplat. În ultimii cinci ani, pacientul a urmat diverse tipuri de psihoterapie atât singur, cât și împreună cu fosta soție. Deși nu se mai simțea deprimat, pacientul prezenta în continuare problema respectivă, fapt ce l-a determinat să solicite hipnoza. Înainte cu cinci ani, pacientul nu prezentase niciun fel de dificultăți sexuale. Problema s-a instalat în al treilea an de căsnicie. Pacientul a discutat de multe ori despre această chestiune și cu două femei cu care se întâlnea din când în când. Cu toții au ajuns la

concluzia că acesta nutrea unele resentimente pentru cariera strălucită a soției sale și poate chiar ura femeile. Pacientului nu i-a convenit concluzia respectivă și s-a decis să-și rezolve problema pentru a le dovedi tuturor că s-au înșelat.

Domnul Rădulescu s-a străduit atât de tare să intre în hipnoză, încât abia la a treia ședință a reușit cu adevărat acest lucru. Pacientul practica baschetul, pe care-l lua foarte în serios; în perioada aceea, echipa din care făcea parte a căzut de pe locul trei pe locul opt în campionat, din cauza ratărilor sale la aruncările la coș. Clientul a urmărit înregistrările video cu meciurile respective pentru a vedea ce anume a greșit. Terapeutul i-a sugerat că ar fi mai bine să se vizualizeze pe sine marcând corect, dar, din păcate, nu existau înregistrări video cu aruncări reușite. Terapeutul a indus hipnoza, cerându-i să închidă ochii, să se imagineze pe terenul de baschet și să-și reprezinte imaginile, sunetele, mirosurile și senzațiile fizice asociate cu prezența sa pe teren. Ședința de hipnoză s-a terminat după ce clientul și-a reprezentat două aruncări reușite.

La ședința următoare, pacientul a raportat faptul că s-a comportat bine pe terenul de sport și a fost gata pentru o nouă inducție hipnotică, în cursul căreia i s-a sugerat să-și amintească aruncările reușite la coș. Apoi a fost utilizată tehnica bilei de cristal, cerându-i-se să-și amintească un act sexual reușit. La sfârșitul ședinței, pacientul a declarat: „Dacă și această bilă de cristal funcționează așa cum a funcționat cealaltă, diseară rezolv problema!” Terapeutul i-a sugerat să nu fie chiar atât de sigur de acest lucru. Din păcate, întâlnirea nu a mai avut loc, așa că pacientul nu a putut să-și verifice cu acel prilej predicția. Ședința următoare de psihoterapie a avut ca obiectiv proiectarea succesului pentru o perioadă nedeterminată din viitor. Apoi bila de cristal a fost din nou folosită pentru retrăirea eșecurilor întâmpinate pe drumul către rezolvarea totală a problemei sale.

Deoarece clientul avea tendința de a se strădui prea tare, terapeutul s-a temut că acesta va interpreta orice eșec ca pe o catastrofă și din acest motiv i-a sugerat că și eșecul face parte din drumul spinos către succesul deplin (prevederea recăderilor). Peste trei săptămâni, clientul a relatat despre primul succes, care a mai fost urmat de două eșecuri. După un an, clientul și noua soție s-au prezentat la psihoterapie pentru problemele pe care le aveau cu educația copilului și au relatat că nu se confruntau cu niciun fel de dificultăți în viața sexuală.

Studiu de caz (3) (adaptat după De Shazer, 1985, p. 87)

Marian a trimis-o pe Paula la psihoterapie pentru că gelozia acesteia devenise insuportabilă. Terapeutul a constatat că și pentru ea gelozia reprezenta o problemă. În cursul primului interviu terapeutic, acesta a întrebat-o: „De unde va afla Marian că problema ta este rezolvată?”

Din discuții a rezultat faptul că Marian era un tânăr liniștit, care abia dacă scotea câteva cuvinte în societate. Totul era în regulă însă până când acesta se adresa unei femei. În acel moment, Paula făcea o scenă și pleca acasă. Clienta considera că problema va fi rezolvată atunci când Marian va putea vorbi unei femei în prezența soției sale, fără ca aceasta din urmă să se enfurie. Terapeutul a întrebat-o dacă ea ar trebui să-și modifice sentimentele sau ar fi suficient să-și manifeste într-o mai mică măsură gelozia. Paula a spus că Marian nu va sesiza diferența și că acest lucru ar fi suficient.

În momentul respectiv, Paula se afla în București doar pentru a-și rezolva problema, menținând telefonic legătura cu Marian. Cei doi sperau că psihoterapia va salva relația dintre ei și au decis ca ea să revină acasă doar după ce problema va fi rezolvată. Deoarece partenerii nu se vedeau unul pe celălalt, era greu de anticipat momentul când Paula urma să se întoarcă acasă. Paula a afirmat că aceasta se va întâmpla atunci când va da un telefon neanunțat, nu-l va găsi acasă pe Marian și nu se va enerva. De remarcat că soțul nu-i dăduse până atunci niciun motiv de gelozie Paulei, singura problemă fiind faptul că el conversa cu alte femei. Interviul a evidențiat faptul că Marian nu-i acorda soției atenția pe care aceasta și-o dorea. Ea era convinsă că în fundul sufletului acesta o iubește, dar, dintr-un motiv sau altul, se dovedea incapabil să-și manifeste sentimentele.

Terapeutul i-a prezentat Paulei următorul mesaj ca reprezentând prima treaptă a tehnicii bilei de cristal:

„În primul rând, se pare că tu și Marian țineți suficient de mult unul la celălalt pentru că altfel nu ați fi alocat acest timp tratamentului a ceea ce voi numiți gelozie. Cred că «gelozia» reprezintă modalitatea prin care tu îți exteriorizezi dragostea pentru Marian. De fapt, se pare că tu manifesti suficientă afecțiune pentru amândoi. Analizând ceea ce ai spus, mă întreb: «Dacă tu încetezi să-ți mai exteriorizezi afecțiunea în public, de unde vor ști ceilalți că voi vă aparțineți unul celuilalt?» Începând de acum și până data viitoare, aș dori să-ți amintești de momentele când Marian ți-a arătat afecțiunea pe care o

poartă în inima sa, și anume când și unde se simte el suficient de în largul său pentru a o face”.

La ședințele următoare, Paula a descris în detaliu rarele ocazii când soțul și-a manifestat afecțiunea față de ea. Pacienta s-a bucurat că i-a fost trasată o asemenea sarcină pentru că aproape că uitase de evenimentele respective. Și-a amintit, totodată, că încrederea pe care i-o acorda Marian în calitate de partener de afaceri reprezenta un alt semn că acestuia îi pasă de ea. Cei doi erau atât de fericiți să lucreze împreună, încât Paula ar fi acceptat să renunțe chiar la relația de dragoste, dacă ar fi fost necesar, pentru a păstra relația de muncă. Clienta a afirmat și faptul că s-a gândit mai bine și că, într-adevăr, terapeutul are dreptate: Marian nu-i arată suficientă afecțiune și ea recurgea la scenele de gelozie pentru a-l provoca să-i acorde atenția și dragostea pe care și le dorea. Paula considera că problema va fi rezolvată atunci când Marian își va manifesta în mod spontan afecțiunea sau îi va spune „te iubesc”. În continuare, clienta și terapeutul au discutat despre mijloacele pe care ea le-ar putea utiliza pentru a scoate la iveală afecțiunea care credea că e ascunsă în sufletul lui Marian.

Terapeutul i-a prezentat următorul mesaj care implica, de asemenea, folosirea bilei de cristal:

„În primul rând, mă întreb ce se va întâmpla dacă tu nu-ți vei mai manifesta gelozia pentru a-ți proteja relația de afaceri. Marian s-ar putea să reacționeze. În același timp, cred că un comportament pasiv nu este suficient, pentru că Marian ar putea crede că nu-ți pasă, că ți-ai pierdut interesul pentru el. În al doilea rând, ar trebui să te porți mai enigmatic, pentru a-i provoca gelozia fără să faci de fapt nimic. În al treilea rând, probabil că ar trebui să fii pasivă și seducătoare în același timp, fapt ce l-ar putea determina să-și exprime afecțiunea. Începând de acum și până la ședința viitoare aș dori să te gândești la diferențele pe care le vor produce aceste trei schimbări în relația voastră. Imaginează-ți cum va reacționa el atunci când tu vei face ceva diferit”.

După trei zile, clienta a revenit la psihoterapie afirmând că a vizualizat în bila de cristal un viitor care nu-l includea pe Marian. La început, a fost șocată de această idee, dar cu cât se gândea mai mult la aceasta, cu atât se simțea mai ușurată: „Dacă el nu o iubea, ea nu trebuia să rămână cu el”. În cele din urmă, ea a decis că nu-i va mai spune „te iubesc” când îi va telefona din nou și va fi atentă dacă va apărea vreo diferență.

De asemenea, clienta a decis că va pleca acasă pentru că, dacă Marian nu-și va manifesta afecțiunea, atunci ea va ști că s-a înșelat în privința sentimentelor lui față de ea. Paula a hotărât că nu-și va exterioriza sentimentele și nu se va comporta seducător și misterios, în cazul în care el nu simte nevoia să-i arate că ține la ea, ea nu va mai căuta să provoace la el manifestarea afecțiunii. De asemenea, ea s-a hotărât să nu mai facă nici scene de gelozie. La următoarea convorbire telefonică, ea nu i-a mai spus că îl iubește și nici el nu a reacționat în vreun fel. După două zile, Paula i-a telefonat spunându-i că se întoarce acasă și el i-a răspuns: „Foarte bine. Ți-am dus lipsa”. Această afirmație a convins-o că merge pe un drum corect și că se va descurca și în cazul în care relația lor va lua sfârșit.

În finalul terapiei, terapeutul i-a transmis următorul mesaj: „Sunt impresionat de decizia ta, precum și de faptul că ai pus-o în aplicare atât de repede. Ceea ce ai afirmat astăzi mă face să cred că poate Marian nu este demn de tine și de afecțiunea ta. Nu sunt însă sigur că lucrurile stau chiar așa, pentru că poate ceea ce credeai că este ascuns în sufletul lui Marian se află cu adevărat acolo, dar dacă nu poți scoate la iveală sentimentele lui comportându-te în mod pasiv, poate că nu așa stau lucrurile. Mă întreb dacă ești dispusă să aștepți ani întregi până când îți va da un mic semn de dragoste?”

La acest mesaj, clienta a răspuns: „Sunt dispusă să aștept câteva săptămâni, poate chiar câteva luni, dar în niciun caz ani de zile”. Din relatările unei rude apropiate, cei doi se aflau încă împreună după șase luni. Exemplele prezentate mai sus evidențiază faptul că, fie că se folosește transa, fie că nu, ședințele de psihoterapie scurtă seamănă cu ceea ce se petrece în hipnoză pentru că modifică atitudinile și modelele obișnuite de comportament prin utilizarea unor sugestii indirecte, acestea declanșând noi tipuri de asociații și actualizând disponibilitățile latente ale pacientului pentru a implementa anumite scopuri terapeutice (după Erickson, Rossi și Rossi, 1976, p. 20).

Detectivul Hercule Poirot, personajul romanelor Agathe Christie, spune că metoda sa consta din a asculta martorii și suspectii, până când aceștia îi spuneau ceea ce el dorea să afle. Din cele auzite, detectivul construia o realitate ce îl conducea la soluționarea cazurilor la care lucra.

În același mod, în cursul interviului preliminar, terapeutul trebuie să-l asculte pe client pentru că acesta este cel care-i va furniza cheia rezolvării problemei. De Shazer (1985) subliniază faptul că „fiecare

pacient poartă cu sine cheia problemei sale”, terapeutul având doar sarcina de a-l asculta și de a acorda atenție următorilor factori:

- 1) care dintre cele 12 porți nu este menționată deloc;
- 2) succesele trecute menționate de client;
- 3) acțiunile pozitive pe care le întreprinde clientul pentru el însuși;
- 4) descrierea modului în care clientul se raportează la celelalte persoane;
- 5) descrierea existenței acestuia după ce problema-simptom a dispărut.

Terapeutul trebuie să-l ghideze pe client să abordeze problemele menționate mai sus și să extragă elementele necesare construirii soluției terapeutice. În timp ce terapeutul se retrage (pentru a se consulta cu echipa sa), iar clientul este lăsat să aștepte în cabinetul de psihoterapie, acesta se întreabă: „Oare ce îmi va spune terapeutul atunci când va reveni?” Această pauză are un caracter hipnotic (sugestiv), scopul ei fiind punerea în acțiune a „atenției expectante”, care arată că într-adevăr pacientul așteaptă soluția de la terapeutul său. Acesta reprezintă momentul administrării sugestiilor indirecte de redirecționare și schimbare a sistemului de referință în care se mișcă clientul (Erickson și Rossi, 1979). Pentru a introduce mai ușor sugestiile terapeutice, terapeutul începe prin a adresa complimente clientului în legătură cu ceea ce face acesta în mod pozitiv pentru sine însuși. Aceste complimente pot să aibă, dar pot tot atât de bine să nu aibă nimic comun cu problema-simptom. Obiectivul adresării de complimente constă în formarea setului de răspunsuri afirmative (Erickson 1976; Erickson și Rossi, 1979; De Shazer, 1982a), care facilitează crearea la client a unui set atitudinal favorabil acceptării noului.

Directivele, sarcinile și sugestiile indirecte acționează în același mod cu sugestiile posthipnotice, și acestea sunt adesea conectate cu anumite evenimente care servesc drept factori declanșatori pentru a pune în acțiune un comportament diferit. Setul de răspunsuri pozitive („da”) îl ajută pe client să accepte mai ușor intervenția terapeutică. De regulă, terapeutul află dacă pacientul a acceptat mesajele și sarcinile sale prin observarea discretă a comportamentului nonverbal al acestuia. În cazul în care clientul evită contactul vizual, privește în jos sau în lături și stă crispat, cu brațele încrucișate, toate acestea reprezintă semne că este puțin probabil ca mesajele terapeutice să fie acceptate.

Construirea problemelor

De îndată ce i se solicită ajutorul, terapeutul trebuie să redefinească natura problemei, ca și soluția probabilă. Acesta urmează să stabilească împreună cu clientul obiectivele terapiei, deoarece, în absența acestora, niciunul dintre cei doi nu știe dacă demersul a fost sau nu încununat de succes.

De Shazer (1985) prezintă următoarea regulă a terapiei scurte (p. 93):

„Terapeutul trebuie să știe ce să nu facă, iar ceea ce a făcut clientul până atunci exemplifică în modul cel mai clar ce anume nu trebuie făcut”.

Deoarece clienții au de cele mai multe ori dificultăți în stabilirea scopurilor, terapeutul este cel care „construiește” problema în așa fel, încât obiectivul pentru viitor să rezulte în mod clar. Tehnica bilei de cristal (Erickson, 1954a și De Shazer, 1978a) îl ajută pe client să-și reprezinte lumea atunci când problema sa va fi rezolvată și ceea ce așteaptă acesta să se întâmple va determina ceea ce se va întâmpla cu adevărat. Același mecanism funcționează și în menținerea simptomului pentru că, dacă ne așteptăm ca „acel lucru rău” să se repete la nesfârșit, expectațiile noastre se vor îndeplini (Berger, Cohen și Zeldich, 1966).

Schimbarea se va produce dacă se vor modifica într-o anumită măsură condițiile și expectațiile subiectului. Atunci când obiectivul terapiei este definit, clientul va aștepta să se producă ceva diferit, și acesta reprezintă un punct de plecare pentru modificarea comportamentului. Subliniem încă o dată faptul că întrebarea „De unde vei ști că problema ta este rezolvată?” este crucială pentru găsirea soluției terapeutice eficiente.

Exemplul următor ilustrează legătura dintre simptom (plângeri), construirea problemei, obiectivele și soluțiile potențiale și sarcinile trasate pentru rezolvarea situației problematice.

Studiu de caz (1)

La a patra ședință de psihoterapie, Rodica, o tânără absolventă de învățământ superior, neangajată, a afirmat că se simte cu 10% mai bine decât la prima ședință. Ea și-a definit problema ca pe o stare generală de disconfort: „Totul în viața mea este cenușiu, nici alb, nici negru”.

Terapeutul, care se afla în căutarea unei direcții a demersului terapeutic în cazul acestor simptome vagi, a încercat să stabilească obiective concrete pentru terapie. Astfel, el i-a adresat pacientei întrebarea

de unde va ști că lucrurile merg suficient de bine și cât de bine pot să meargă acestea. Rodica a afirmat că 35% mai bine este tot ce poate spera atunci când nu are serviciu. Terapeutul a întrebat din nou ce va face Rodica în mod diferit atunci când se va simți cu 35% mai bine. Clienta și-a descris obiceiurile matinale, care includeau deprinderea de a rămâne în pat încă două ore, după ce ceasul suna la ora 9 dimineața. Ea a afirmat că atunci când lucrurile vor merge cu 35% mai bine (1), se va scula de dimineață, între orele 6 și 8, ca oamenii normali. De asemenea, ea va fi capabilă (2) să-și organizeze gospodăria mai bine, respectiv să nu mai amâne lucrurile până când nu mai avea încotro și trebuia să le facă (ea își deretica apartamentul o dată pe lună).

Rodica afirma că îi lipsește voința de a face acele lucruri pe care și le-ar fi dorit. În cazul în care va face tot ceea ce își planificase, ea (3) va merge seara la înot. Terapeutul, specializat în terapie scurtă, deținea acum suficiente informații pentru a stabili obiectivele terapiei:

- 1) Sculare între orele 6 și 8 dimineața.
- 2) Organizarea și îndeplinirea sarcinilor gospodărești.

Ambele obiective conțineau acțiuni pe care Rodica le considera benefice pentru ea deoarece realizarea acestora îi va permite să înnoate seara. Obiectivele terapiei au fost discutate împreună cu clienta. Terapeutul i-a spus acesteia că el, personal, agreea ideea de a sta două ore în pat după ce suna ceasul, așa că nu îi va recomanda să renunțe la acest obicei. În schimb, terapeutul i-a sugerat să pună ceasul să sune la ora 6 și să rămână în pat până la 8. Dacă ea se mai afla în pat la ora 8 și un minut, atunci ea trebuia să lucreze două ore în gospodărie imediat ce se ridica din pat, chiar dacă trebuia să-și inventeze sarcini. Structura acestei sarcini este simplă: dacă Rodica se scoală din pat la ora 8 fix, atunci ea va face în continuare ceva ce dorește să facă, trebuie să facă, dar nu face, iar dacă rămâne în pat după ora 8, ea „se autopedepsește” punând în acțiune comportamentele dezadaptative. În ambele cazuri, ea va face ceva ce îi este benefic. În același timp, sculându-se mai devreme, ea va avea mai mult timp pentru gospodărie și își va putea consacra timpul liber înotului.

Studiu de caz (2) (De Shazer, 1985, p. 96)

În acest caz, terapeutul fixează obiective sau scopuri alternative.

Familia considera comportamentul lui Maxine ca fiind „ciudat”. Acesta persista, în ciuda eforturilor fetei de a-i pune capăt. La început, problema a fost definită ca o problemă medicală, apoi ca una psi-

hologică, dar în niciunul din cazuri nu s-a găsit soluția. S-a încercat, tot fără rezultat, abordarea acesteia ca pe o problemă de familie sau ca pe o chestiune specifică unei adolescente.

De Shazer și echipa sa au abordat problema prin intermediul unor multiple renegocieri și redefiniri și în cele din urmă au găsit soluția. Maxine, de 16 ani, Sally, sora ei, de 17, și părinții s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru că Maxine vomita după fiecare masă. Fata și familia ei erau de părere că ea ar trebui să înțeleagă de ce vomită pentru a pune capăt acestui comportament. La început, reacția ei de vomă era forțată și deliberată, dar când s-a decis să stopeze acest comportament, a constatat cu surprindere că vomita în continuare în mod automat și involuntar. Terapeutul a întrebat-o ce anume va fi diferit dacă ea va înceta să vomite, și fata a răspuns că va putea să mănânce tot ceea ce dorește, fără să aleagă doar acele alimente care vor rămâne în stomac. De asemenea, ea a afirmat că sora ei va înceta s-o necăjească sau, oricum, o va necăji mai puțin. Pacienta a mai descris și alte conflicte pe care le avea cu sora sa, pe care familia o considera „fata cea bună”. Întreaga familie a fost de acord cu faptul că Maxine se deosebea cumva de restul familiei și că era important pentru ea să fie privită ca o persoană diferită, deși celorlalți membri ai familiei nu le plăcea acest lucru. Reacția de vomă era un fel de „secret” pentru că nici părinții și nici sora ei nu știau dacă și când se va produce.

Așa cum apărea la prima vedere, nu era vorba de un pattern interacțional axat în jurul reacției de vomă (dacă A, atunci B), dacă se producea reacția de vomă, atunci se declanșau comportamentele C și D. Mama și tatăl verificau cam o dată pe săptămână dacă ea continua să vomite, iar sora ei o necăjea. Părinții se înțelegeau bine și păreau dispuși să facă orice pentru a-și ajuta fiica. Terapeutul a cerut fiecărui membru al familiei să aprecieze în ordine ierarhică cine este cel mai deranjat de problema-simptom. Fiecare din cei patru a dat un răspuns diferit. Tatăl a considerat că mama este cea mai afectată, mama și Maxine au trecut-o pe Maxine pe locul întâi, iar sora a apreciat că tatăl este cel mai afectat de simptom. În urma consultării cu echipa sa, terapeutul a ajuns la următoarea concluzie: toți membrii familiei sunt în mod egal preocupați de simptom și nepreocupați de acesta.

Pe baza acestei observații au fost construite următoarele supoziții:

(1) Deoarece membrii familiei interacționau atât de puțin în jurul simptomului, problema nu putea fi descrisă ca reprezentând „sacri-

ficiul" Maxinei pentru a menține familia unită. Ipoteza că reacția de vomă ar avea ca scop să mențină familia unită cade.

(2) Deoarece părinții nu erau nici suprainplicati, nici subimplicati, problema nu putea fi rezolvată nici pornind de la supoziția că, dacă un membru al familiei subimplicat va deveni mai implicat, aceasta ar conduce la soluție.

(3) Nu se confirmă nici ipoteza conform căreia simptomul i-ar ajuta pe părinți să-și ia mai în serios rolul, pentru că aceștia cooperau bine, iar fetele se comportau corespunzător vârstei, învățau bine și erau destul de independente.

Terapeutul putea accepta definiția Maxinei (reacție automată de vomă) și soluția sugerată de ea: să afle din ce cauză se întâmplă acest lucru, dar familia și ceilalți terapeuți mai încercaseră fără succes o asemenea abordare. Din acest motiv, terapeutul a decis că problema trebuie să fie definită în mod diferit, ca reprezentând o aberație care scapă de sub controlul Maxinei și familiei și o privește doar pe Maxine; în consecință a chemat-o la psihoterapie doar pe clientă. Discuțiile cu pacienta au evidențiat faptul că Maxine făcea toate lucrurile foarte bine: învăța bine, lucra pentru a câștiga bani, se întâlnea cu băieți și practica un sport. Timp de două ședințe de psihoterapie, terapeutul și echipa au încercat să soluționeze problema acordând o nouă semnificație etichetei „sunt o fată diferită de ceilalți”.

Terapeutul a fost de acord cu ea că a fi diferit este un lucru bun și că ea trebuia să aibă în continuare aceeași conduită; de asemenea, a convenit că ea va mai simți nevoia să vomite până când va descoperi un nou mod, mai puțin nociv, de a fi altfel decât ceilalți. Această abordare nu a dat rezultate, pentru că Maxine nu a găsit o nouă modalitate de a fi diferită și s-a autodefiniț ca „o victimă neajutorată a stării de vomă”. Reacția de vomă se declanșa spontan și soluția trebuia să aibă, de asemenea, un caracter spontan. Problema trebuia deci să fie reconstruită. Din fericire, Maxine a mai oferit terapeutului și alte elemente, dintre care unul era legat de relația cu sora sa. În cursul celei de-a treia ședințe, terapeutul a întrebat-o pe Maxine dacă va face ceea ce i se va spune pentru a înceta să vomite, fără să afle de ce vomită și fără să se întrebe de ce terapeutul i-a cerut să facă acel lucru. Terapeutul a asigurat-o că ceea ce urmează să facă va fi benefic pentru ea și nu va fi ceva imoral, ilegal, periculos sau dificil. Echipa terapeutică a decis că intervenția va da rezultate în cazul în care Maxine va fi „victimă neajutorată” a respectivei intervenții. Maxine a afirmat că va ști

că problema este rezolvată atunci când se va modifica relația cu sora sa.

Terapeutul a construit problema ca fiind de natură interpersonală: una din surori atacând, iar cealaltă reacționând în mod involuntar, în mod defensiv, prin retragere. Terapeutul i-a spus clientei că nu-i va face plăcere sarcina terapeutică, dar că s-a angajat s-o îndeplinească. Pentru a spori expectațiile acesteia, el a informat-o că nu-i va dezvălui încă despre ce este vorba, dar că e ceva „teribil”. Sarcina terapeutică a fost următoarea: din acel moment, ori de câte ori va vomita, va trebui să-i dea surorii ei 5 dolari fără să-i ofere nicio explicație și să-i ceară o chitanță pentru bani. Maxine a rămas stupefiată și a spus că sora ei o va considera „nebună”, dar a acceptat să îndeplinească sarcina. Prin intermediul acestei sarcini și prin angajamentul dat „în orb”, simptomul involuntar devine voluntar. La ședința următoare, fata a adus doar două chitanțe în 14 zile.

Clienta a aflat acum de ce nu a mai vomitat: o costa prea scump. Terapeutul a modificat reacția de vomă (acum voluntară) pentru a schimba relația (acum involuntară și costisitoare) cu sora ei. Maxine nu și-a mai bătut capul în legătură cu motivul pentru care a vomitat până atunci, dar s-a străduit din răsuferință să nu-i mai dea bani surorii sale. Terapeutul a sugerat faptul că, deoarece ea nu știe de ce a vomitat, s-ar putea să mai vomite săptămânile următoare. Maxine nu a fost de acord și i-a demonstrat terapeutului că se înșală. Ea a relatat faptul că nu-i dă bani surorii sale și că între ele apar mai puține conflicte. Modelele vechi, involuntare, de comportament au fost înlocuite cu modele noi, de comportament voluntar, care nu mai presupuneau retragerea.

Studiu de caz (3) (De Shazer, 1985)

Atunci când obiectivul clientului este insuficient definit sau prea amplu, terapeutul poate să-l ajute să găsească soluția prezentându-i câteva măsuri minimale de schimbare. Domnul N.M. a venit la psihoterapie pentru că avea tulburări de erecție cam de un an. El s-a prezentat la terapeut după ce citise un articol în care sistemul terapeutului respectiv (De Shazer, 1985) era apreciat ca foarte eficient și neobișnuit. În astfel de condiții, terapeutul, pentru a răspunde expectațiilor clientului, va trebui să realizeze o intervenție neortodoxă. Clientul și-a prezentat relația familială ca fiind solidă, dar cu momente de criză din cauza absenței raporturilor sexuale. Deși relațiile se-

xuale nu au fost prea frecvente nici înainte (cam o dată pe lună), acum ultima încercare avusese loc cu trei luni în urmă și se soldase cu un eșec.

După mai multe tentative de a defini niște obiective măsurabile pentru psihoterapie, terapeutul l-a întrebat pe client: „De unde vei ști când tu ai făcut dragoste de 3–4 ori cu soția ta și nu a fost un eșec?” Domnul N.M. nu a putut răspunde în mod concret la întrebare, afirmând doar că el și soția se vor înțelege mai bine. Întrebarea terapeutului se bazează pe supoziția că schimbarea dorită se va produce, pentru că el nu pune problema dacă respectiva schimbare se va produce, ci când se va produce. Mai mult, prin intermediul întrebării respective se adresează și sugestia indirectă că, dacă cei doi soți vor avea relații sexuale reușite de 3–4 ori, atunci problema va fi rezolvată.

Clientul a ridicat apoi și problema incapacității de a se concentra la locul de muncă, unde el se lasă în voia gândurilor, neglijându-și îndatoririle profesionale. Acesta își dădea seama de faptul că, într-un fel sau altul, cele două probleme aveau legătură una cu alta, deși modul în care funcționa această legătură nu-i era prea clar. În acest stadiu, terapeutul a făcut afirmația că nici el nu era sigur în privința modului de soluționare a fiecăreia dintre probleme.

Deoarece în mintea clientului cele două probleme erau legate între ele, terapeutul a modificat sistemul de referință în așa fel, încât și soluțiile celor două probleme să fie corelate. Referitor la problema sexuală terapeutul a făcut următoarea afirmație, care este de fapt o sugestie indirectă:

„Majoritatea terapeuților specializați în terapii sexuale v-ar sugera să nu încercați să aveți relații sexuale”. Mesajul ascuns în această afirmație constă în faptul că, pentru a avea o viață sexuală normală, nu trebuie să încerci, ci să reușești. Terapeutul se abține în felul acesta să-l sfătuiască pe pacient să nu inițieze raporturi sexuale și nici măcar să nu încerce.

Întrebarea „De unde vei ști că nu va fi un eșec?” se bazează pe supoziția că pacientul va răspunde prin intermediul unui comportament de cooperare. Orice tip de răspuns va da clientul, acesta va defini modalitatea sa de a fi cooperant și, în felul acesta, terapeutul își va adapta în mod flexibil intervențiile în funcție de reacțiile pacientului.

Această modalitate de abordare este asemănătoare cu tehnica de inducție hipnotică utilizată de Milton Erickson, care nu sugera subiec-

tului că brațul său devine ușor și se ridică de la sine, pentru că, în cazul în care clientul nu reacționa, terapeutul își pierdea credibilitatea și obiectivul terapiei nu era atins.

În locul abordării directe din hipnoterapia tradițională, Milton Erickson dădea sugestii de genul următor: „Eu nu știu dacă se va ridica brațul tău drept sau brațul stâng, sau dacă ambele brațe vor rămâne în aceeași poziție... Nu este important care braț se va ridica sau dacă ambele vor rămâne nemișcate, ci doar faptul că te vei concentra asupra senzațiilor care apar în fiecare braț”. În cazul în care se va ridica brațul drept sau cel stâng, sau niciunul, Milton Erickson va considera că pacientul este cooperant, forțând în felul acesta colaborarea subiectului. Astfel, indiferent de modul în care reacționează subiectul, terapeutul va continua să acționeze asupra acestuia.

Pentru cazul descris mai sus sunt acoperite toate variantele:

- a) subiectul încearcă să inițieze relații sexuale;
- b) acesta nu încearcă;
- c) reușește;
- d) încearcă și nu reușește.

Indiferent de reacția subiectului, afirmația terapeutului a fost ade-vărată.

Analizând modalitatea indirectă de a direcționa comportamentul subiectului, De Shazer (1985) afirma că, atunci când clientul se prezintă la terapeut dorind schimbarea, cea mai eficientă modalitate de intervenție constă în a-i sugera că schimbarea este inevitabilă, de unde și întrebarea: „Cum vei ști când se va produce schimbarea și nu dacă ea se va produce?”

Domnul N.M. s-a prezentat la cea de-a doua ședință de psihoterapie și a afirmat că a avut de trei ori relații sexuale reușite cu soția pentru a se asigura că nu va fi un eșec.

Cum s-a produs de fapt schimbarea?

Întorcându-se de la prima ședință de terapie, clientul a avut o discuție cu soția în legătură cu acest lucru, manifestând o atitudine optimistă în privința rezolvării problemei. Discuția a fost diferită de cele anterioare, care se învâneau în jurul frustrării legate de viața lor sexuală. În felul acesta, cei doi soți nu s-au mai simțit constrânși să înțreprindă ceva pentru a rezolva problema, deoarece un expert le-a sugerat nici să nu încerce. Pentru prima oară, domnul N.M. i-a vorbit soției și despre faptul că nu se putea concentra la serviciu. În seara

care a urmat discuției dintre cei doi soți, relația sexuală a avut loc de la sine, fără ca unul dintre ei să o inițieze sau să încerce s-o inițieze. În același timp, clientul a afirmat că a început să se concentreze mai bine la serviciu, după ce a conștientizat faptul că reveria diurnă avea la bază insatisfacția și plictiseala.

Clientul în cauză s-a prezentat la terapie pornind de la prejudecata că persoana trebuie să întreprindă ceva pentru a rezolva problema. Pentru a modifica sistemul de referință, terapeutul a acționat în următoarea direcție: „Evenimentele pozitive se petrec pur și simplu, iar problemele nu se rezolvă încercând din răspuțuri să le soluționăm, ci mai curând neîncercând defel”.

Simplificarea demersului terapeutic

Abordarea psihoterapeutică sistemică pornește de la premisa că familiile sau oricare alte grupuri de subiecți nu reprezintă simple agregate de indivizi izolați, ci sisteme complexe aflate în interacțiune. Din acest motiv, schimbarea suferită de unul dintre membrii componenți ai sistemului se va repercuta asupra sistemului în ansamblu (Watzlawick et al., 1967). Aceasta ne permite, pe de o parte, să minimalizăm intervenția psihoterapeutică, iar pe de altă parte să utilizăm complexitatea sistemului în construirea soluției care însă trebuie să fie adecvată realității sistemice, individuale și interpersonale.

În viziunea lui De Shazer (1985), problemele reprezintă acele aspecte de care se plânge clientul și în privința cărora terapeutul poate întreprinde ceva pentru a le rezolva. Dacă plângerea este un element în legătură cu care nu se poate face nimic, atunci aceasta nu reprezintă o problemă, indiferent cât de neplăcută este situația.

Sistemul luat în considerare în psihoterapie include:

- 1) clientul (cuplul sau familia);
- 2) problema (plângerea sau simptomul);
- 3) terapeutul și eventual coterapeuții aflați în spatele oglinzii cu o singură față;
- 4) interacțiunile dintre elementele menționate mai sus.

În conformitate cu concepția psihoterapeutică sistemică și holistă, schimbarea terapeutică poate începe din orice punct al sistemului (De Shazer și Molnar, 1984a). Astfel, pentru ca soluția să fie găsită, poate fi necesară o schimbare în cadrul echipei terapeutice, a modului în

care aceasta abordează problematica pacientului, a relațiilor dintre membrii echipei terapeutice sau chiar a persoanei care va îndeplini rolul de psihoterapeut principal.

Acuzele clientului pot îmbrăca forma plângerilor soțului sau soției în legătură cu mariajul, ale părinților sau ale unuia dintre ei în legătură cu atitudinea și comportamentul copilului etc. De cele mai multe ori însă, numai o persoană se prezintă la cabinetul terapeutului, deși ar trebui ca numărul solicitanților să fie mai mare. Din acest motiv, dacă nu ar fi posibilă abordarea holistă, prezența doar a unui element al sistemului perturbat ar reprezenta o piedică în calea identificării soluției psihoterapeutice. Trebuie totuși subliniat faptul că persoana care se prezintă la psihoterapie este, de regulă, cea cu acuzele și nemulțumirile cele mai mari și, din acest motiv, cea care dorește cel mai mult să lucreze cu terapeutul pentru a modifica ceva în legătură cu aria problematică.

Cu alte cuvinte, punctul de vedere interacțional postulează faptul că modificarea modelului de comportament al oricărui membru al sistemului (familie, grup) va conduce implicit la modificări semnificative și în cazul celorlalți membri ai sistemului.

Această supoziție stă la baza eficienței terapiei, chiar dacă nu se prezintă la ședințe toți membrii familiei. Rezolvarea problemei clientului nu implică deci prezența întregii familii la psihoterapie. Watzlawick și Coyne (1980) au descris o situație în care membrii familiei au venit la psihoterapie pentru că nu se puteau împăca cu ideea că tatăl lor a suferit un accident vascular cerebral și, din cauza depresiei sale, recuperarea era dificilă. Terapeutul a acționat asupra celor prezenți și, drept consecință, s-a ameliorat și depresia tatălui care suferise accidentul vascular.

Studiu de caz (I)

Acest caz ilustrează aplicarea concepției sistemice în soluționarea unor dificultăți maritale. Acestea au fost expuse de soție care s-a prezentat singură la terapie, soțul nefiind în niciun fel inclus în demersul parterneriei sale. În finalul terapiei s-a constatat modificarea comportamentului soțului, ca rezultat al schimbărilor de comportament ale soției.

Doamna Ionescu trăia o stare de disperare și panică în legătură cu căsnicia sa. Ea se plângea de faptul că soțul ieșea adesea în oraș seara fără ea sau nu venea acasă deloc. Acesta îi spunea că iese împreună cu prietenul său, care era necăsătorit, și ea îl credea. Ori de câte ori

ea îi reproșa acest mod de comportare, el îi dădea asigurări că nu are niciun motiv să-și facă griji. Drept urmare, ea accepta situația respectivă și chiar îi dorea „petrecere frumoasă”, conștientă de faptul că, indiferent cum va reacționa ea, el tot așa va proceda. Soția rămânea acasă și suferea de depresie, dureri de stomac, diaree, dureri de cap, făcea crize de plâns și avea chiar idei de suicidare pe care însă le respingea datorită celor doi copii în vârstă de 4 și 6 ani. Clienta ținea la căsnicia sa și era dispusă să întreprindă orice pentru a o păstra și a o face să funcționeze. Ea a încercat ori să vorbească cu soțul în legătură cu problema sa, ori să accepte în mod pasiv ceea ce se petrecea.

Constatând că cicăleala ei nu-l ținea acasă, ea s-a prezentat la psihoterapie în speranța că va găsi o soluție pentru a modifica situația. Clientei îi era clar că schimbarea trebuia s-o realizeze ea, soțul considerând că lucrurile mergeau bine. În cazul în care nu reușea să-l determine pe soț să nu mai plece, ea își dorea măcar să poată accepta plecările lui fără să mai sufere. Doamna Ionescu și-a modificat de mai multe ori comportamentul în speranța că și conduita soțului se va schimba, ceea ce l-a determinat pe terapeut să considere că ea ar fi dispusă să mai încerce și alte modele de comportament. Domnul Ionescu era criminalist și, de regulă, acestor oameni le plac misterele. Faptul că el nu știa că soția lui merge la psihoterapie a reprezentat punctul de pornire pentru găsirea soluției. Terapeutul i-a adresat complimente clientei pentru răbdare și fiindcă a încercat totul spre a rezolva problema, dar i-a spus că nu este suficient de misterioasă, deoarece în orice căsnicie este nevoie de puțin mister. Terapeutul a alcătuit o listă de acțiuni pe care doamna Ionescu trebuia să le întreprindă pentru a părea mai enigmatică:

- să se îmbrace frumos și să iasă în oraș fără să spună unde se duce, înainte ca soțul să plece de acasă;
- să nu fie acasă la 4 dimineața când se întorcea soțul etc.

Clienta a fost sfătuită să nu exagereze și să nu întreprindă acțiuni de genul respectiv prea repede, dar să se gândească la sugestiile terapeutului. Clienta a acceptat indicațiile și a recunoscut faptul că acestea reprezentau exact opusul a ceea ce făcuse ea până atunci. La începutul ședinței următoare ea a relatat faptul că soțul nu a mai plecat de acasă timp de o săptămână. În felul acesta, clienta a început să se simtă stăpână pe situație. În weekendul următor ea a ieșit singură în oraș și, când s-a întors la unu noaptea, l-a găsit pe soț așteptând-o. Cei doi nu au comentat situația. O altă intervenție terapeutică a constatat în a o

învăța pe clientă să-și îndemne soțul să plece de acasă și să revină cât mai târziu noaptea. În urma intervenției terapeutice, clienta a căpătat cel puțin iluzia că poate controla comportamentul soțului, controlându-și propriul comportament. Această schimbare încununată de succes a fost suficientă pentru a conduce la creșterea încrederii în sine a clientei, fapt ce a pus bazele altor schimbări viitoare.

Studiu de caz (2) (De Shazer, 1988)

Doamna W. s-a prezentat la psihoterapie plângându-se de faptul că nici soțul ei, nici fiica de 16 ani nu au vrut s-o însoțească, aceasta din urmă reprezentând problema. Cei doi soți nu cădeau de acord în legătură cu modul de a o stăpâni pe Colleen. În ultimul timp, lucrurile mergeau tot mai prost și, cu toate acestea, domnul W. nu credea în ajutorul unui terapeut, susținând că fata se va maturiza și își va revizui atitudinea.

Comportamentul lui Colleen consta din următoarele:

- absențe de la școală;
- se scula târziu și pierdea adesea autobuzul școlii;
- note foarte proaste;
- dezordine în casă;
- nu își făcea lecțiile;
- îi necăjea pe cei doi frați mai mici;
- obraznicie față de părinți, profesori și alte persoane mai în vârstă;
- ieșiri în oraș la ore nepotrivite;
- furt;
- minciună;
- fuma în camera ei.

Colleen considera că singurul neajuns consta în faptul că mama era nedreaptă și prea exigentă. Mama considera, la rândul său, că fata ar fi trebuit să-și dea seama că acestea reprezentau problemele ei și că ar fi trebuit să vină la psihoterapie pentru a și le rezolva.

Terapeutul (împreună cu echipa sa) i-a prezentat clientei următorul mesaj:

„Suntem impresionați de grija ta în legătură cu faptul că fiica ta Colleen se prăbușește, precum și de decizia ta de a acționa înainte ca lucrurile să ajungă atât de departe, încât să nu mai poată fi îndreptate. Uneori este greu de apreciat când trebuie să acționezi, când să întreprinzi ceva diferit, când în jur este atâta haos și dezordine. În

ciuda acestor lucruri, ai fost capabilă să descrii în mod clar situația, astfel încât să putem avea o imagine clară în legătură cu ceea ce se petrece. Ne pare rău că pe moment nu-ți putem da o soluție radicală, deși în viitor vom fi în măsură s-o facem. Îți sugerăm însă să păstrezi secretul în legătură cu venirea ta la cabinet, dacă nu cumva fata știe deja acest lucru. Pentru a o ajuta, va trebui s-o aduci în situația de a fi atât de însetată, încât atunci când o vei duce la apă, să dorească s-o bea. Îți sugerăm să te gândești cum să procedezi pentru a-i provoca setea”.

Doamna W. și-a dat seama de faptul că terapeutul nu dorea ca ea s-o târască pe fată după sine, dar a fost de acord că, dacă Colleen va avea necazuri, ea va veni de bunăvoie. La prima ședință, doamna W. a prezentat atât de multe plângeri, încât nu a fost capabilă să se concentreze asupra obiectivului inițial al terapiei. Ea dorea ca fata să se îndrepte sub toate aspectele și nu era capabilă să accepte o mică schimbare ca pe un semn de progres. În această situație, terapeutul i-a trasat sarcina să se gândească la cele spuse și în același timp a redefinit situația, astfel încât doamna W. să întreprindă și ea ceva, nu doar să se plângă.

În cursul celei de-a doua ședințe de terapie, mama a afirmat că fiica se purta tot mai rău, așa încât se gândea la întreruperea temporară a serviciului pentru a o putea supraveghea. În același timp, ea nu dorea să facă acest lucru și spera că terapeutul va găsi pentru ea o altă soluție. Acesta a asigurat-o că are în minte o soluție mai simplă. Terapeutul a fost de acord că întreruperea serviciului ar putea să fie utilă în sensul că mama va avea timp s-o trezească dimineața și s-o aducă de la școală pe Colleen; acesta era un gen de sacrificiu pe care mama îl mai făcuse înainte. În această situație, a fost prezentat următorul mesaj terapeutic: „Eu cred că, deoarece tu nu știi niciodată la ce să te aștepti de la Colleen, iar ea știe precis la ce să se aștepte de la tine, ar trebui ca lucrurile să se schimbe. Ar trebui să faci ceva surprinzător pentru Colleen, astfel încât să trezești în ea setea de schimbare”.

Terapeutul i-a relatat clienței două istorioare adevărate.

În primul caz era vorba de o mamă care a rezolvat dificultățile de trezire ale fiicei sale astfel: ea a intrat în camera fiicei sale în timp ce aceasta dormea și a pus ceasul să sune cu două ore mai înainte de ora normală de scolare. A doua zi, fata a făcut scandal, iar mama n-a scos un cuvânt. În noaptea următoare, mama a pus ceasul să sune cu trei ore mai devreme. Din nou fiica a țipat. În noaptea a treia, mama nu a mai umblat la ceas, iar fiica s-a sculat la timp, ceea ce a făcut și în

zilele următoare. Cel de-al doilea caz se referea la o mamă care era necăjită că fiica sa își lasă lucrurile murdare aruncate peste tot. Într-o zi, în absența fetei, mama i-a șterpelit trusa de farduri și nu a spus nimic despre lucrurile murdare lăsate vraiste. Fiica s-a plâns îndelung că îi lipsește trusa de machiaj. După câteva zile, când lucrurile murdare se aflau tot acolo, mama i-a luat toți pantofii pentru piciorul stâng. Când fata s-a plâns de lipsa pantofilor, mama i-a spus pe un ton calm că ea știe foarte bine ce trebuie să facă pentru a-și recăpăta pantofii. Fata nu numai că și-a strâns lucrurile aruncate peste tot, dar a mai făcut și alte treburi în casă. Știind că avea întâlnire, mama i-a înapoiat cel mai frumos pantof. Fiica nu s-a plâns și de atunci lucrurile casnice nu au mai reprezentat o problemă.

Doamna W. a înțeles semnificația povestirilor respective, a utilizat metode asemănătoare și a mai inventat altele noi. La sfârșitul terapiei, ea a relatat faptul că progresele comportamentale ale lui Colleen s-au extins de la conduita de acasă la cea de la școală, unde mergea cu regularitate și își făcea lecțiile; fapt ce a condus la obținerea de rezultate școlare bune. În același timp, ea se achita și de sarcinile gospodărești.

Studiu de caz (3) (De Shazer, 1988)

Acest caz ilustrează modul în care schimbarea deliberată produsă la o persoană poate influența nu numai relația maritală, ci și un context psihosocial mai larg. Soțul nu a mai fost chemat la psihoterapie pentru că problema părea să se rezolve mult mai bine lucrându-se doar cu soția.

Cu două luni înainte de a se prezenta la psihoterapie, domnul C. în vârstă de 72 de ani, pensionar aflat în îngrijire la azil, a suferit o căzătură inexplicabilă care l-a speriat foarte tare și i-a provocat dureri continue. Medicii considerau că nu existau motive întemeiate pentru ca el să nu-și revină. Starea lui s-a agravat tot mai mult, a pierdut 14 kilograme, n-a mai coborât din pat, și-a pierdut interesul pentru lucrurile care îi făceau plăcere înainte, a început să fie tot mai irascibil, să respingă personalul de îngrijire și să solicite în permanență prezența soției.

Înainte de acest episod, doamna C. lucra cu normă întreagă și rămânea cu soțul său serile și în weekend. Când ea nu putea să-l viziteze, el accepta acest lucru dacă i se spunea dinainte.

După căzătură, soția a răspuns solicitărilor tot mai insistente ale soțului, crezând că astfel acesta se va recupera mai repede, dar, spre

surprinderea ei, el se simțea tot mai rău. Cu cât ea se străduia mai tare să-i facă pe plac, cu atât soțul devenea mai nervos și o solicita mai mult. În acest punct, doamna C. s-a simțit prinsă într-o capcană: dacă nu îl vizita zilnic și nu făcea ceea ce i se spunea, soțul ei nu numai că se supăra pe ea, dar crea probleme întregului personal, care i se plângea, făcând-o să se simtă vinovată. Aflându-se în prag de pensie și temându-se că soțul îi va cere să stea cu el toată ziua, ea s-a gândit la psihoterapie ca la o soluție a problemei sale. Cei doi soți s-au prezentat la psihoterapie, soțul fiind adus într-un cărucior cu roțile. În momentul în care a intrat în cabinet, acesta era extrem de furios. El a negat că ar ști despre ce este vorba, iar când i s-a spus, a întrebat: „Stau oare lucrurile chiar așa de rău?”

Domnul C. a refuzat orice discuție și și-a împins scaunul cu roțile afară din cabinet atunci când nu i-a convenit ceea ce a auzit. Terapeutului și echipei sale le-a fost clar că domnul C. era un bătrân plângăreț, descurajat și furios din cauza dependenței și neajutorării sale. Atunci când i s-a spus acest lucru, el a părut mai activ, a negat că ar fi adevărat, și-a scos aparatul auditiv și și-a împins afară scaunul cu roțile. Doamna C. a recunoscut faptul că i-a spus așa ceva înainte ca acesta să cadă. Terapeutul a emis ipoteza că, deși domnul C. emitea tot mai multe pretenții, plângerile soției sale îl enervau și îi sporeau teama că se află în stadiul terminal al bolii.

Cuplului i-a fost furnizat următorul mesaj:

„John, noi suntem foarte impresionați văzând cât de greu îți este să înduri toate astea fără a o avea alături pe Judith tot timpul, dar în ciuda acestor necazuri, ți-ai păstrat mintea întreagă, încă mai arăți ca un bărbat adevărat, care știe ce vrea și care nu a dat «în primire». Suntem, de asemenea, impresionați că după 42 de ani de căsnicie ții atât de mult la soția ta. Judith, ne impresionează și eforturile tale susținute de a-l face pe John fericit, având în același timp propria viață. Puține femei sunt atât de grijulii și loiale ca tine. Credem că amândoi vă aflați într-o situație dificilă și faptul că tu, Judith, te străduiești din răspuțeri pentru amândoi, nu numai pentru tine însăși, este cu adevărat un lucru deosebit. Puține femei sunt atât de altruiste”.

A fost stabilită apoi o întâlnire terapeutică doar pentru doamna C., considerându-se mai eficient să se lucreze numai cu aceasta pentru rezolvarea problemei cuplului. La următoarea ședință de psihoterapie, doamna C. a părut mai puțin neajutorată. Ea se temea că modificarea stării soțului ei ar putea avea la bază o problemă organică re-

ală, pe care medicii nu au identificat-o sau că aceasta era un semn că el refuză să mai lupte. Clienta a menționat faptul că ei îi displăcea să-și viziteze soțul nu numai pentru că acesta era atât de pisălog, ci și pentru că personalul de îngrijire o acuza pe ea fiindcă nu reușea să-l determine pe bătrân să se poarte mai bine. Terapeutul a afirmat că, înainte ca domnul C. să-i acorde soției sale mai multă libertate, el va trebui să-și îmbunătățească imaginea de sine și să devină mai independent. Domnul C. avea nevoie de un fel de provocare, ca, de pildă, să dovedească faptul că mai poate face ceva pentru soția sa, așa cum se întâmpla înainte. I s-a sugerat soției să renunțe puțin la modul său protector de a se comporta și să pretindă că se simte rău, neajutorată și să solicite sprijinul domnului C. La următoarea ședință de psihoterapie, clienta a afirmat că soțul său a avut o săptămână mult mai bună. Pentru prima dată, după luni de zile, el a declarat că îi este foame și a mâncat mâncare solidă. În același timp, el a acceptat să meargă la fizioterapie și a lucrat mult pentru a-și redobândi mobilitatea.

Exemplul de mai sus ilustrează modul în care două etichete „neajutorat” și „persoana care oferă ajutor” pot interacționa în detrimentul ambelor părți. Comportamentele care se subsumează fiecărei etichete tind să le confirme pe ale celeilalte și să producă un model de escaladare a comportamentului patologic.

Strategiile terapeutice eficiente

Specialiștii în psihoterapie strategică consideră că, pentru a găsi soluția problemei clientului, terapeutul nu are nevoie de prea multe detalii în legătură cu problema și cauzele apariției acesteia. Intervenția eficientă și promptă implică inițierea unor noi modele de comportament. Natura exactă a tulburării pare să nu aibă importanța pe care i-au acordat-o psihiatrii.

De Shazer (1969) a elaborat o schemă de intervenție pornind de la un caz clinic.

O tânără a rupt relația cu prietenul său deși nu dorea acest lucru. Luni de zile după aceea ea era obsedată de gestul său, avea vise legate de situația respectivă, se autoacuza și încerca să descopere ce anume a greșit. Fata își amintea momentele plăcute petrecute împreună cu prietenul său, cele neplăcute și mai ales finalul neașteptat și

de neînțeles al relației care părea că evolua spre căsătorie. Înainte de a se prezenta la terapie, tânăra se gândea toată ziua numai la aceasta, iar noaptea avea coșmaruri în legătură cu problema sa. După ce terapeutul i-a explicat că era normal să se gândească la cele petrecute pentru a depăși suferința, acesta i-a trasat următoarele sarcini terapeutice pentru a o ajuta să facă față situației:

Ea trebuia să găsească un loc liniștit, unde să petreacă o oră (cel mult o oră și jumătate) și să fie totdeauna același moment al zilei, notând toate amintirile plăcute și neplăcute legate de fostul prieten. I s-a indicat să scrie în zilele cu soț tot timpul, chiar dacă frazele se repetau identic. În zilele fără soț, la aceeași oră, ea trebuia să citească cele scrise și apoi să ardă hârtiile. În cazul în care gândurile nedorite o invadau la alte ore ale zilei, ea trebuia să-și spună în gând: „Am alte lucruri la care trebuie să mă gândesc acum; mă voi gândi la problemele mele la momentul care le este alocat” sau să-și noteze că trebuie să se gândească la problema ei la ora potrivită.

După trei zile, coșmarurile au încetat, iar după a cincea zi au dispărut și gândurile obsesive. Sarcina terapeutică a implicat ritualul: „scrie, citește, arde!”, mecanisme care stau la baza acestuia fiind următoarele:

- 1) Gândurile și preocupările obsesive se obiectivează și capătă un caracter mai concret.
- 2) Pentru pacient este mai ușor să nu deruleze în minte gândurile negative, pentru că există un timp anume stabilit pentru acest lucru.
- 3) Deoarece gândurile negative nu mai sunt interzise, pacientului îi vine ușor să se gândească la altceva, acesta căpătând un control asupra lor.
- 4) Necazul, tulburarea au tendința să se disipeze și subiectul începe să-și dea seama că are ceva mai bun de făcut.

Această „rețetă” este foarte eficientă în cazul gândurilor obsesive.

O altă schemă terapeutică elaborată de același autor (De Shazer, 1977) poartă denumirea de „luptă structurată” și este potrivită pentru cuplurile care se ceartă tot timpul. Ritualul implică următoarele trepte:

- 1) Dați cu banul pentru a stabili cine începe cearta.
- 2) Câștigătorul va adresa reproșuri partenerului său timp de 10 minute, vorbind fără întrerupere.
- 3) Partenerul va riposta, la rândul său, tot timp de 10 minute, după care urmează:

- 4) Câteva minute de tăcere, apoi se trage din nou la sorți.

Acest gen de intervenție dă rezultate mai ales în cazul cuplurilor în care ambii parteneri se plâng în același timp de faptul că certurile nu mai conțin.

Schema terapeutică „întreprinde ceva diferit” a fost pusă la punct de autor în 1978 și se potrivește pentru situația în care o persoană se plânge permanent de comportamentul altei persoane, a făcut tot posibilul pentru a rezolva situația și se află prinsă în cercul vicios al secvenței negative de interacțiune care se repetă la nesfârșit. Spre exemplificare prezentăm mesajul de intervenție terapeutică adresat părinților unei adolescente care, după cum se poate constata, capătă un caracter standardizat (De Shazer, 1985, p. 123).

„Începând de acum și până la întâlnirea noastră viitoare, fiecare dintre voi va trebui să se comporte altfel decât până acum, atunci când o veți surprinde pe Ana uitându-se la televizor în loc să facă ceea ce are de făcut, indiferent cât de ciudat sau nepotrivit vi se va părea comportamentul respectiv. Ceea ce contează este doar faptul că, de îndată ce v-ați decis, chiar trebuie să faceți ceva diferit.”

Această sarcină terapeutică poate fi transferată la o varietate de situații, ea având un caracter nespecific, în sensul că pacienților nu li se indică să întreprindă neapărat ceva anume. Mai mult, nu este absolut necesar ca terapeutul să știe exact ce anume au întreprins clienții săi, sarcina terapeutică fiind foarte eficientă și în cazul plângerilor vag definite. Atunci când clienții își formulează plângerile, ei descriu, de regulă, acțiuni diferite care s-au dovedit ineficiente. Cu toate acestea, la o examinare mai atentă, se poate observa că toate acțiunile lor se subsumează aceleiași categorii. Astfel, cearta, interdicția de a aloca timp preocupărilor favorite, bătaia etc. se încadrează în categoria mare a pedepselor.

Sarcina „faceți ceva diferit” este potrivită și în cazurile în care clienții se plâng în legătură cu ineficiența acțiunilor întreprinse de ei, acțiuni care se integrează într-o secvență repetitivă de comportament (de pildă, copilul manifestă crize de furie, iar părinții reacționează mereu în același mod).

Studiu de caz (1)

Un băiețel de 8 ani făcea crize de furie atât acasă, cât și la școală. Pentru aceasta, era pus la colț, i se făcea morală și uneori chiar mânca bătaie, dar niciuna dintre metode nu a dat rezultate. Ambii părinți

au încercat să-l recompenseze în intervalele când nu avea crizele de furie, dar și această metodă s-a dovedit inefficientă. Părinții strigau adesea la el când făcea crizele respective.

La sfârșitul ședinței de psihoterapie, terapeutul le-a spus să facă ceva diferit atunci când Mihai va avea criza. Când s-a declanșat criza, tatăl i-a dat copilului o bomboană, fără să spună un cuvânt și criza s-a oprit. Atunci când Mihai a făcut criza în prezența mamei, aceasta a început să danseze în jurul copilului, în timp ce acesta urla și, ca și în cazul precedent, copilul n-a mai țipat și crizele nu au mai apărut nici acasă, nici la școală. La prima vedere, această soluție pare needucativă, pentru că asocierea bomboană–criză de nervi ar putea conduce la întărirea comportamentului problematic, dar în practică nu s-a întâmplat așa, pentru că acțiunea neașteptată a tatălui a creat un nou context interpersonal în cadrul căruia copilul nu mai știa la ce să se aștepte din partea tatălui său. Desigur, exista posibilitatea ca, dacă Mihai ar fi făcut o nouă criză și tatăl i-ar fi oferit bomboana, această acțiune să întărească modul negativ de a reacționa. S-a dovedit însă că acțiunea unică și neobișnuită a fost încununată de succes.

Studiu de caz (2) (De Shazer, 1985, p. 127)

După un an și jumătate de psihoterapie care nu a dus la niciun rezultat, părinții unui băiat de 16 ani s-au adresat din nou terapeutului pentru că Vlad mințea întruna, proteste și fără rost. Părinții considerau că au făcut tot posibilul pentru a pune capăt acestui comportament: l-au certat, l-au pedepsit, i-au interzis să iasă la joacă etc., dar totul a fost în zadar. După ce le-a adresat complimente părinților pentru perseverența lor, terapeutul a afirmat că a observat doar vârful „aisbergului” și că este nevoie de informații suplimentare, sugerând familiei să nu schimbe nimic din comportamentul său pentru că lucrurile ar putea lua o întorsătură și mai proastă. S-a cerut, în același timp, familiei ca, până la ședința viitoare, să observe ce lucruri se petrec în casa lor și ar dori să le perpetueze. În cursul celei de-a doua ședințe, părinții au vorbit timp de o jumătate de oră despre toate aspectele pe care ar vrea să le mențină neschimbate. Când terapeutul a încercat să fixeze familiei un obiectiv mai concret, părinții au găsit că acest lucru este imposibil, pentru că ei „știau” că „Vlad va avea o părere și mai bună despre sine”.

Terapeutul și colegii săi au apreciat umorul de care a dat dovadă familia și au prezentat următorul mesaj terapeutic:

„Echipa terapeutică este pusă în dificultate în legătură cu problemele pe care le aveți și încă nu s-a edificat asupra modului în care acestea ar putea fi soluționate.

- (1) Un membru al echipei terapeutice crede că ar trebui să existe o problemă profundă care îl motivează pe copil să mintă, acesta referindu-se (în mod vag) la un fel de complex care mie nu-mi este prea clar. Colega mea crede că, înainte de a descoperi cauza acestui comportament, Vlad va trebui să spună cele mai năstrușnice minciuni care îi trec prin minte, minciuni referitoare la propria persoană. Absurditatea acestei situații va crea condițiile propice pentru ca fiecare membru al familiei să înțeleagă de ce minte Vlad.
- (2) Al doilea membru al echipei terapeutice crede că vă aflați pe drumul cel bun și că trebuie să continuați să faceți ceea ce ați făcut și până acum, rămânând împreună ca o echipă. De fapt, colegul meu e de părere că modul în care se comportă Vlad vă stârnește uimirea. Data viitoare, când Vlad va mai minți, consultați-vă și întreprindeți ceva total diferit, la care Vlad nu se așteaptă.
- (3) Al treilea membru al echipei terapeutice consideră că mergeți prea departe și avansați prea repede în legătură cu unele lucruri pe care ar trebui să le abordați încet și cu prudență, manifestând circumspecție în legătură cu orice modificare viitoare atâta timp cât nu știți de ce minte Vlad.
- (4) Eu personal mă simt depășit și obosit de toate acestea, dar cred că ar trebui să vă duceți împreună acasă și să vă gândiți de unde veți ști că Vlad se comportă mai bine.

După trei săptămâni, familia a raportat că a avut o perioadă bună, cu o singură excepție, când Vlad a venit târziu acasă și a spus o minciună „gogonată”. Aceasta l-a convins pe tată că trebuie să se comporte în mod diferit când Vlad va mai spune vreo minciună. Tatăl s-a decis să cumpere o soluție pentru dezinfectat animalele și să-l șteargă pe copil cu ea pe față atunci când acesta va mai minți. Mama bineînțeles că nu l-a lăsat să facă așa ceva. Atunci, tatăl s-a dus la magazin și a cumpărat un spray rău mirositor, pe care îl ținea pregătit. La următoarea minciună, tatăl l-a stropit pe Vlad cu spray-ul, murdărindu-i cămașa. După șocul inițial, membrii familiei s-au amuzat de cele întâmplate. În următoarele săptămâni, părinții nu l-au mai prins pe copil mințind. Terapeutul i-a adresat complimente lui Vlad

pentru minciuna strașnică, tatălui pentru ideea de a face ceva diferit, iar mamei pentru bunul ei simț și pentru rolul ei de mediator, ceea ce reprezenta un lucru diferit, pe care ea nu-l mai făcuse până atunci.

Terapeutul a atras atenția părinților asupra faptului că procesul de schimbare va merge „cu trei pași înainte și doi pași înapoi”, sugerându-le să se aștepte și la alte minciuni „gogonate” din partea lui Vlad. Tatăl a afirmat că este pregătit să facă față situației. În cursul celei de-a patra ședințe, care a avut loc după trei săptămâni, terapeutul i-a adresat tatălui întrebarea „De câte ori a fost nevoie să murdărești tricoul fiului tău?” Tatăl a menționat că nu a trebuit să facă apel la metoda sa pentru că a găsit o cale directă de a-l aborda pe Vlad, când i s-a părut că acesta a mințit o dată sau de două ori. S-a dovedit însă că Vlad spusese adevărul în cazurile respective.

O altă strategie poartă eticheta „Fii atent la ceea ce faci atunci când depășești nevoia sau tentația de a... (a fi deprimat, a mânca prea mult, a țipa la partenerul de viață, a bea prea mult etc.)”. Această strategie este potrivită pentru persoanele care se plâng de propriul lor comportament sau de ei înșiși. Orice nemulțumire (plângere) este privită ca implicând o regulă sau un set de reguli care determină comportamentul. Deși majoritatea pacienților au tendința de a afirma că secvența negativă de comportament se produce în permanență, există și situații (excepții) când această secvență nu are loc.

Excepțiile de la comportamentul simptomatic reprezintă cele mai bune modele pe care se poate clădi intervenția terapeutică, pentru că respectivul comportament de excepție face parte din repertoriul de comportamente ale clientului și drept urmare se va potrivi problemei în cauză și, în același timp, va reprezenta un comportament diferit. În cazul în care terapeutul îi indică pacientului comportamentul de excepție, acest lucru poate să nu fie util, pentru că majoritatea subiecților sunt prinși în capcana lui „totdeauna eu...”, considerând excepția ca fiind nerelevantă și accidentală. Din acest motiv, este mult mai bine ca terapeutul să creeze un astfel de context în cadrul căruia clientul să descopere singur faptul că unele excepții de la comportamentul simptomatic sunt posibile și în același timp utile.

Studiu de caz (3)

O tânără s-a prezentat la psihoterapie îngrijorată de perspectiva de a reîncepe să consume droguri. Cu doi ani în urmă, ea a reușit să se lase de heroină și cocaină și chiar de fumat țigări de marijuana. De

puțin timp, ea se simțea tot mai tentată să reia consumul de droguri. Pe măsură ce nevoia ei creștea, ea avea tendința de a se izola tot mai mult de cei din jur.

La prima ședință de psihoterapie i s-a sugerat să fie atentă la ceea ce face atunci când depășește tentația de a utiliza droguri. După o săptămână, ea a relatat că desfășoară tot mai multe activități și are numeroase contacte cu alți oameni. Sarcina terapeutică a fost repetată și ea a relevat că a simțit tot mai puțin tendința de a consuma droguri și că a desfășurat tot mai multe activități. În finalul terapiei, pacienta a relatat faptul că tentația a dispărut, că era capabilă chiar să se relaxeze nefăcând nimic, fără să simtă nevoia de a consuma droguri. Sarcina terapeutică a fost astfel construită, încât pacienta să acorde atenție acțiunilor pe care le întreprinde și nu trăirilor sale interioare.

Studiu de caz (4)

Mama unui băiat de 15 ani s-a prezentat la psihoterapie pentru că atât ea, cât și fiul său doreau să se lase de fumat.

După ce a inventariat toate motivele pentru care clienții trebuia sau nu trebuia să se lase de fumat, terapeutul a trasat următoarea sarcină terapeutică: „Începând de acum și până la ședința viitoare, acordați atenție la ceea ce faceți atunci când rezistați tentației de a fuma, precum și la ceea ce face celălalt atunci când depășește nevoia de a fuma. Unul din terapeuți crede că tu, mama, te vei lăsa prima de fumat, în timp ce celălalt terapeut consideră că fiul va reuși înaintea ta. Noi nu știm însă când vă veți lăsa de fumat”.

Peste o săptămână, atât mama, cât și fiul au relatat că au fumat mai puțin și au descris cu multe detalii activitățile alternative pe care le-au desfășurat separat sau împreună. Terapeuții s-au întrebat din nou cine se va lăsa primul. După cinci ședințe de psihoterapie, ambii s-au lăsat de fumat în același timp, deși fiecare afirma „sus și tare” că el a renunțat primul la țigări. De atunci, au trecut patru ani și niciunul nu s-a mai apucat de fumat.

Inevitabilitatea schimbării

Sarcina terapeutică pentru prima ședință de psihoterapie:

„De acum și până data viitoare aș dori să observi cu atenție și să descrii ceea ce se petrece în familia ta (viața ta, căsătoria ta, prietenia

ta etc.) și ce tu ai dori să se întâmple în continuare” (De Shazer, 1984; De Shazer și Molnar, 1984b).

Această sarcină terapeutică are menirea să comute atenția pacientului de la trecut la prezent și viitor și, în mod implicit, să activeze expectația schimbării. De cele mai multe ori, clienții se așteaptă ca lucrurile să meargă tot mai rău, și acest mesaj sugerează în mod indirect faptul că terapeutul și echipa sa au expectații diferite, și anume „ceva ce merită să se petreacă se va petrece cu siguranță” sau, mai concret, „lucrurile bune se petrec deja, fii atent la ele”. Acest mesaj de intervenție este foarte adecvat pacienților și familiilor care au simptome și obiective descrise în mod vag și care se consideră victime incapabile să-și controleze destinul, având menirea de a crea, pe bază de autosugestie, așa-numita „profeție autoîmplinită” în legătură cu evenimentele viitoare.

Fenomenul care se produce este asemănător efectului Rosenthal (1966), care a demonstrat experimental că performanțele elevilor cresc foarte mult dacă profesorilor care lucrează cu ei li se spune că aceștia sunt supradotați, deși această informație nu se bazează pe date reale. În cazul terapiei, dacă se creează expectația că se va petrece un eveniment pozitiv între cele două ședințe de psihoterapie, acesta chiar va avea loc.

Studiu de caz (1) (De Shazer, 1985, p. 139)

O familie s-a prezentat la psihoterapie în stare de panică pentru că părinții, care aveau permis de portarmă, au observat că le-a dispărut un pistol. După ce au căutat foarte bine, ei au găsit pistolul încărcat ascuns printre lucrurile care făceau parte din echipamentul de schi al fiului lor mai mare în vârstă de 19 ani, respectiv pe masca de la schi. Întrebat fiind, acesta a răspuns că intenționa să-l folosească pentru trageri la țintă. Mama și-a pus întrebarea dacă fiul intenționa să se sinucidă sau să-și asasineze părinții, în timp ce tatăl se temea ca nu cumva pistolul să fie utilizat pentru altceva (de pildă o tâlhărie).

Cu o zi înainte, Mickey s-a înscris la colegiu, a plătit taxa, deși anterior el își exprimase dorința de a pleca în Canada în loc să meargă la școală. Părinții nu agreau ideea respectivă, după cum le plăcea să-și facă griji în legătură cu ce ar putea să însemne pistolul încărcat. Desigur, deplasarea în Canada reprezenta un rău mai mic decât continuarea crizei, dar ceea ce doreau cu adevărat părinții era ca fiul să meargă la școală și să manifeste interes pentru învățătură. Mama i-a

dat fiului un ultimatum: sau va merge la școală și la psihoterapie, sau va pleca de acasă a doua zi. În cazul în care băiatul va refuza ambele alternative, mama va fi cea care va pleca de acasă. S-a constatat că niciunul dintre cei trei nu cădea de acord asupra măsurii în care plecarea cuiva de acasă ar putea fi benefică, dar ceva trebuia totuși făcut. Niciunul dintre membrii familiei nu putea stabili vreun obiectiv specific pentru psihoterapie. Tatăl dorea ca fiul să se întoarcă la școală, mama voia să înțeleagă care este problema, iar Mickey credea că totul s-ar rezolva dacă ar pleca de acasă.

Terapeutul a adresat familiei complimente pentru faptul că toți membrii ei se arătau dispuși să-și sacrifice timpul pentru a rezolva problema și pentru sprijinul pe care erau pregătiți să și-l acorde unul altuia. El a sugerat și faptul că decizia ar trebui amânată, pentru că o situație de criză conduce la decizii proaste. Toți trei au fost de acord cu acest lucru. Apoi terapeutul le-a tras sarcina specifică primei ședințe și l-a sfătuit pe tată să nu mai țină arme în casă.

După o săptămână, familia părea schimbată:

(1) Mickey s-a decis să se întoarcă la școală, dar să locuiască la cămin, (2) unde și-a găsit singur locul (în loc să-i aranjeze mama sa). Mama a considerat această decizie ca pe un semn de maturitate. (3) Băiatul s-a oferit, de asemenea, să-l ajute pe tatăl său la unele treburi casnice (zugrăvit) și (4) a împărtășit câte ceva din frământările sale părinților; (5) mama a ieșit de mai multe ori în oraș, iar Mickey (6) a avut grijă, fără ca nimeni să i-o ceară, de câinii ei când mama a întârziat în oraș.

Acestea au fost evenimentele care s-au produs și pe care familia ar fi dorit să le perpetueze la nesfârșit. Membrii familiei au considerat evenimentele 3, 4 și 5 ca fiind evenimente noi sau diferite de cele petrecute până atunci. Intervenția terapeutică specifică celei de-a doua ședințe s-a centrat pe progresele pe care le-a realizat familia, terapeutul atrăgându-le însă tuturor atenția asupra unor posibile recăderi.

Studiu de caz (2)

Sandra, în vârstă de 16 ani, mama și bunicii s-au prezentat la psihoterapie după ce fata s-a întors după o absență îndelungată de acasă.

Mama era de părere că Sandra nu se va îndrepta niciodată pentru că ea fusese dintotdeauna un copil-problemă. Bunica o vedea pe Sandra ca pe „un copil bun” atunci când dorea să fie, dar credea că fata este prea moale și nu poate rezista diverselor influențe. Bunicul se considera prea ocupat cu treburile casnice pentru a se implica în

vreun fel în rezolvarea problemei. Toată lumea era însă de acord atunci când bunicul spunea „nu”, el chiar credea asta, și ceilalți îl ascultau. Sandra împărtășea părerea bunicii despre ea și se opunea din răspunderi mamei. În prima ședință de psihoterapie au fost stabilite obiectivele: Sandra trebuia să ducă la bun sfârșit sarcinile gospodărești care i se trasau, să stea mai mult de vorbă cu bunicii ei, să vină acasă la timp și să-i informeze în legătură cu orice modificare a planurilor ei.

În urma consultării cu echipa terapeutică, familia a primit următorul mesaj terapeutic:

Au fost adresate complimente mamei pentru că se străduia în continuare să rezolve problema, deși era mai curând tentată să renunțe. Terapeutul s-a arătat deosebit de impresionat de bunătatea mamei și de dificultatea de a se despărți de fiica ei, deși își dădea seama că era spre binele ei. Multe mame sunt atât de egoiste, încât ar fi insistat să rămână împreună cu copilul lor, indiferent de împrejurări. Terapeutul a prezentat și o povestire metaforică din care a rezultat cât de strânsă este legătura dintre mamă și fiică și a apreciat pozitiv pesimismul mamei în legătură cu posibilitatea ca Sandra să se îndrepte, pentru că, după ce a fost atât de afectată de comportamentul fetei, ar fi fost periculos pentru ea să fie optimistă prea curând.

Bunicii i s-au adresat, de asemenea, complimente pentru că reușea să vadă ceea ce este bun la Sandra, chiar dacă modul în care aceasta se purta era inacceptabil. Terapeutul a remarcat cât de grijulie și sensibilă se dovedea bunica la problemele fetei. Ea a demonstrat acest lucru exprimându-și dorința nu numai ca Sandra să-și îndeplinească îndatoririle casnice, ci și să nu sufere din cauza asta. Mulți bunici s-ar mulțumi doar dacă treburile ar fi făcute. Terapeutul s-a arătat impresionat și de perspicacitatea bunicii, care își dăduse seama că firea „slabă” a fetei stătea la baza problemei. Mulți oameni nu ar fi realizat această legătură. Bunicul a fost felicitat pentru capacitatea de a impune restricții și pentru intenția sa de a proceda la fel și în viitor. Sandra a fost, la rândul său, complimentată pentru că a acceptat o anumită responsabilitate în legătură cu problema ei și pentru faptul că știe când să vorbească și când să tacă (ea a vorbit puțin în timpul ședinței de psihoterapie) (Weiner și Davis, 1984). Primul demers terapeutic a fost trasat ca temă pentru acasă.

La a doua ședință, bunicii au menționat faptul că în cele două săptămâni care s-au scurs lucrurile s-au îndreptat simțitor. Sandra mai

avea comportamente neadecvate, dar bunica o pune la punct, iar atunci când fata simțea că cedează nervos, ea apela la bunic pentru ajutor. Sandra a făcut, în acest interval, o serie de treburi gospodărești și a stat mai mult de vorbă cu bunicii. După ce i-a felicitat pentru progrese, terapeutul și-a exprimat îngrijorarea în legătură cu o posibilă recădere, pentru că, a afirmat el, „progresul înseamnă trei pași înainte și doi pași înapoi”.

La a treia și ultima ședință de psihoterapie, relatările au fost asemănătoare, ba mai mult, s-au îmbunătățit performanțele școlare, iar Sandra a rămas acasă împreună cu bunicii în weekend. Adolescența a început să iasă în oraș săptămânal împreună cu mama sa și amândouă se simțeau bine împreună. Din nou, terapeutul și-a exprimat îngrijorarea în legătură cu o posibilă recădere, care însă nu a avut loc. Bunicii și-au luat angajamentul că vor menține legătura cu terapeutul, în cazul în care vor apărea probleme serioase.

În urma analizei propriilor cazuri reușite, precum și a cazurilor altor colegi terapeuți, De Shazer (1985) a reușit să extragă unele *reguli nescrise* care ghidează atât *formularea problemelor*, cât și *rezolvarea acestora*.

1. Succesele trecute

În majoritatea cazurilor, clientul își descrie problema-simptom având tendința de generalizare și de accentuare a neajutorării sale în fața unor situații insurmontabile. Uneori, acesta va evoca în cursul interviului și succesele trecute, despre care nu crede că ar avea legătură cu situația sa actuală. Dimpotrivă, terapeutul consideră că aceste succese reprezintă temelia pe care se poate construi rezolvarea problemei clientului. Nu este indicat să se sublinieze diferența de opinii între client și terapeut cu privire la succesele trecute.

Ceea ce trebuie să facă terapeutul este să stabilească niște conexiuni sau legături între situația A (succes în trecut) și situația B (eșec actual sau problemă-simptom), în vederea găsirii soluției. Astfel, o tânără s-a plâns de faptul că are o părere proastă despre ea, fapt ce o împiedică să ia decizii în viață. Chiar dacă în cele din urmă ea a luat o decizie, considera că nu era în stare să ducă la bun sfârșit ceea ce a

hotărât. În cursul interviului, clienta a relatat că prietenul ei obișnuia să bea, că ei îi venea foarte greu să nu bea împreună cu el și că în urmă cu doi ani ea s-a decis, din proprie inițiativă, să se lase de băutură, decizie pe care a respectat-o, în ciuda nenumăratelor tentații. Terapeutul i-a adresat complimente pentru că s-a lăsat de băutură și nu s-a abătut de la hotărârea sa, deși mulți alți oameni nu ar fi fost capabili de acest lucru. I s-au adresat, în continuare, complimente pentru că nu se străduia să ia decizii pe care, în mod inconștient probabil, nu le considera bune pentru ea. Cu toate acestea, ea trebuia să se întrebă în continuare dacă face bine sau nu în legătură cu fiecare decizie. Clienta a urmat indicațiile terapeutului și în următoarele săptămâni a luat două hotărâri importante și bune.

2. Excepțiile de la regulă

Într-un fel, excepțiile de la regulă sunt asemănătoare cu succesele trecute. Deoarece clientul își descrie problema-simptom în termenii „totdeauna”, terapeutul trebuie să identifice acele situații de excepție când comportamentul simptomatic nu se produce, pentru a construi sarcinile terapeutice. De pildă, doi soți se certau totdeauna joi seara, când soțul se întorcea de la piscină. Vineri, ei încă mai erau supărați unul pe celălalt și atunci când veneau la cină părinții soțului. Relațiile dintre ei se restabileau apoi până joia viitoare. Soția, care mai făcuse terapie, a negat că ar avea vreo atitudine negativă față de piscină sau față de socri.

Povestind despre certurile lor, soțul și-a amintit că într-o seară când s-a întors acasă soția era în vizită la vecini, iar el s-a culcat liniștit. Când aceasta s-a întors acasă, pregătindu-se pentru o ceartă, a fost surprinsă să-și găsească soțul adormit. În săptămâna respectivă nu au mai avut loc certuri. Terapeutul a consemnat excepția și a construit sarcinile pentru acasă pornind de la aceasta: soția trebuia să „dea cu banul” în fiecare joi și dacă se nimerea capul, ea trebuia să plece de acasă înainte de întoarcerea soțului. În cazul în care cădea pajura, ea urma să se comporte normal. Soțul trebuia să noteze într-un jurnal, în detaliu, ce gânduri îi treceau prin minte atunci când se întorcea acasă în fiecare joi. Cei doi erau apoi solicitați să analizeze diferențele. Această sarcină urma să provoace diferențe în structura comportamentului indiferent de modul în care cădea banul, pentru că soțul se întorcea

acasă cu expectația că soția nu va fi prezentă, iar aceasta, la rândul său, își modifica modul de comportare normal, iar a te purta normal când ți se spune să faci acest lucru reprezintă deja un punct de pornire pentru alt comportament. În urma tragerii la sorți, în următoarele două săptămâni soția nu a plecat de acasă, iar certurile nu au avut loc. Soțul, care nu știa la ce să se aștepte, nu s-a mai gândit neapărat la cearta care va urma. Următoarele săptămâni, în loc să mai „dea cu banul”, soția a făcut prăjituri, și certurile de joi seara au încetat.

3. Regula „sau/sau”

Adesea, plângerile clienților sunt definite în mod explicit sau implicit în termenii „eu am dreptate; tu greșești”.

Soții care se comportă în felul acesta se simt deosebit de frustrați pentru că ei nu au nici măcar iluzia unui posibil compromis. Atunci când se prezintă la psihoterapie, fiecare dintre cei doi soți și-l dorește pe terapeut ca aliat care să-i spună celuilalt că el greșește. În astfel de condiții, este contraindicat ca terapeutul să fie de partea unuia dintre soți sau să declare că ambii sunt vinovați.

Curând după nuntă, un soț a venit la cabinetul de psihoterapie pentru a se plânge de faptul că soția dorea să iasă în continuare cu „fetele” o dată pe săptămână. El considera că persoanele îndrăgostite ar trebui să-și petreacă fiecare minut împreună. Pornind de la această supoziție, el a ajuns la concluzia că soția nu-l iubește cu adevărat. La rândul său, soția considera că soțul ei este excesiv de posesiv și că atunci când doi oameni se iubesc, ei trebuie să aibă încredere unul în celălalt, acest lucru permițându-le să-și păstreze independența. Și ea a ajuns la concluzia că nu este iubită suficient. În acest caz, problema nu este că soțul are dreptate și soția nu, sau invers.

Comportamentul se va modifica doar atunci când terapeutul va înlocui la cei doi modul de gândire „sau — sau” cu „și — și”, adică și soțul și soția au și nu au dreptate. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să dea dreptate ambilor soți și apoi să-și exprime mirarea: „Oare cum pot două poziții corecte să ducă la așa ceva?” (Amândoi au dreptate, dar rezultatul este negativ.) Ajuns în acest punct, terapeutul le trasează ca sarcină pentru acasă să rezolve acest paradox: simultan, cei doi soți trebuia să pornească la plimbare în direcții diferite, gândindu-se cu plăcere la modul în care se vor simți și la ceea ce vor face

atunci când vor fi din nou împreună. Această intervenție terapeutică a fost utilizată timp de patru ședințe. După prima ședință, cei doi au relatat că au încetat să discute în contradictoriu despre problema respectivă. În finalul terapiei, ei au afirmat că au ajuns să valorizeze tot mai mult timpul pe care îl petreceau împreună după activitățile pe care le desfășura fiecare separat.

4. Regula „certitudinii”

Deoarece sunt prinși în capcana propriilor simptome, clienții sunt siguri în privința detaliilor problemei care îi frământă, ca și în privința elementelor care fac problema deranjantă pentru ei. Ei nu sunt capabili să-și exprime „necazul” cu claritate, dar sunt absolut siguri de limitele problemei, de definirea, precum și de semnificația acesteia. Dacă pacienții ar fi mai puțin siguri de aceste lucruri, ei ar căuta soluția în afara psihoterapiei. Din acest motiv, orice dubii legate de fiecare din elementele problemei-simptom pot fi utile terapeutului care dorește să găsească soluția problemei. În general, faptele nu pot fi puse la îndoială, dar anumite elemente din context da.

Un bărbat în vârstă a afirmat că ar fi auzit o voce care i-a spus că este condamnat. De atunci, relatea soția sa, el ședea la fereastră și aștepta să moară, nefăcând nimic, deși nu prezenta niciun simptom. Soția a încercat să-l convingă de faptul că nu a auzit nimic, totul fiind doar un vis. Alte persoane, inclusiv medicul de familie, i-au spus că este „nebun”, deoarece doar „nebunii” aud voci. Restul familiei ținea partea soției, încercând să-i explice că se înșală. Pacientul nutrea însă convingerea că este condamnat, deși nu știa exact când va muri. Exasperată, și soția a început să creadă că este „nebun”. Terapeutul a întrebat-o pe soție dacă soțul ei a fost dintotdeauna atât de credul, la care aceasta a răspuns negativ. Terapeutul a afirmat că, deși nu-l cunoaște încă prea bine, i se pare că este o persoană căreia nu ar încerca să-i vândă o mașină uzată. Soția a râs, spunând că, într-adevăr, pacientul este o persoană căreia nu prea poți să-i vinzi orice. Terapeutul a afirmat că impresia sa se confirmă, continuând să se mire de faptul că soțul a crezut ceea ce i-a spus vocea. Soția a mai furnizat numeroase exemple, când soțul ei nu a vrut să creadă ceea ce i se spunea.

Terapeutul a forțat puțin nota, mirându-se tot mai mult de faptul că pacientul crede în „voci”. În acest moment al terapiei, problema

nu a mai fost „este pacientul nebun?”, ci „cum a devenit el atât de credul?”. Acesta a început să aibă îndoieli în legătură cu vocea și să mai facă unele treburile în gospodărie.

5. Regula „cu susul în jos”

Terapeutul (De Shazer, 1985) a primit la cabinetul de psihoterapie o familie cu multiple probleme, aceasta fiind trimisă de asistenta socială: bunicul era invalid, tatăl bolnav, iar cei doi băieți adolescenți erau enuretici și aveau probleme școlare. În aceste condiții, mama spăla toată ziua cearșafurile murdare.

Deși asistenta socială a spus că enurezisul era problema centrală a familiei, terapeutul a început ședința discutând cu mama despre cearșafuri, detergenți și mașini de spălat. Foarte curând, terapeutul a aflat că mama știa o mulțime de lucruri în legătură cu spălătul, iar tatăl se pricepea să repare mașini de spălat și uscătoare de păr. Enurezisul nu a fost niciun moment menționat. Terapeutul a adresat complimente mamei și tatălui în legătură cu cunoștințele lor și le-a spus că toate aceste informații și abilități se irosesc. Enurezisul reprezenta doar o parte a patternului de comportament dezadaptativ, cealaltă constituind-o spălătul rufelor. Asistenta socială a ajutat-o pe mamă să-și găsească un serviciu ca spălătoreasă profesionistă la o casă de copii și pe tată să se angajeze mecanic într-un atelier de reparații. Deoarece mama nu mai avea timp să spele, enurezisul a dispărut atunci când sarcina spălării i-a revenit bunicului. În acest caz, soluția terapeutică a fost construită pornindu-se de la întrebarea: „Dacă mama nu mai spală, ce se întâmplă cu cearșafurile murdare?”

6. Regula „dacă nu ar exista dacă”

Problemele patologice insuficient definite se construiesc, de regulă, pornindu-se de la ideea pesimistă că schimbarea este dificilă. Din acest motiv, dacă terapeutul se exprimă dubitativ („ce-ar fi dacă ai încerca aceasta...”, „ce-ar fi dacă lucrurile s-ar schimba...”), el sădește sămânța îndoielii în mintea clientului său. Pentru ca terapia scurtă să fie eficientă, terapeutul trebuie să creeze la clientul său expectații pozitive în legătură cu schimbarea, motiv pentru care cuvântul *dacă* tre-

buie să dispară din afirmațiile acestuia. Deci nu se pune întrebarea „ce-ar fi dacă s-ar produce schimbarea?”, ci „când se va produce schimbarea?”. Atunci când în psihoterapie sunt integrați mai mulți membri ai unei familii, se include și întrebarea adițională „cine anume se va schimba primul?”. În situațiile în care este vorba de mai multe probleme-simptom, terapeutul poate adresa și întrebarea: „Care schimbare se va produce mai repede?”.

V Autohipnoza

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învață să și-o inducă singur.

Pentru a încuraja independența și autonomia pacientului se recomandă tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are și menirea de a-l învăța principiile și tehnica autohipnozei. Totuși, dacă problemele nu sunt prea grave, puteți încerca și singuri să aplicați o astfel de tehnică.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului și o modalitate de explorare creativă a Eului, prin intermediul căreia subiectul își poate cunoaște mai bine propriile probleme, le poate rezolva supunându-se autosugestiilor. În autohipnoză, subiectul își investighează lumea subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultățile și particularitățile individului, se poate trece la depășirea acestora și la autoperfecționarea propriilor posibilități.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

- să ne cunoaștem mai bine și mai profund;
- să ne relaxăm după o zi încordată și agitată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme și să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristețe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuații ale dispoziției și ale randamentului, de gânduri negative și complexe de inferioritate;

buie să dispară din afirmațiile acestuia. Deci nu se pune întrebarea „ce-ar fi dacă s-ar produce schimbarea?”, ci „când se va produce schimbarea?”. Atunci când în psihoterapie sunt integrați mai mulți membri ai unei familii, se include și întrebarea adițională „cine anume se va schimba primul?”. În situațiile în care este vorba de mai multe probleme-simptom, terapeutul poate adresa și întrebarea: „Care schimbare se va produce mai repede?”.

V

Autohipnoza

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învață să și-o inducă singur.

Pentru a încuraja independența și autonomia pacientului se recomandă tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are și menirea de a-l învăța principiile și tehnica autohipnozei. Totuși, dacă problemele nu sunt prea grave, puteți încerca și singuri să aplicați o astfel de tehnică.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului și o modalitate de explorare creativă a Eului, prin intermediul căreia subiectul își poate cunoaște mai bine propriile probleme, le poate rezolva supunându-se autosugestiilor. În autohipnoză, subiectul își investighează lumea subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultățile și particularitățile individului, se poate trece la depășirea acestora și la autoperfecționarea propriilor posibilități.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

- să ne cunoaștem mai bine și mai profund;
- să ne relaxăm după o zi încordată și agitată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme și să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristețe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuații ale dispoziției și ale randamentului, de gânduri negative și complexe de inferioritate;

- să ne îmbunătățim capacitatea de concentrare a atenției, memoria, voința, să gândim mai lucid și să ne autoprogramăm psihicul pentru o viață mai sănătoasă și eficientă;
- să ne debarasăm de unele deprinderi negative, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conștiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde și zone inconștiente la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raționale. Acestea conțin atât resurse și disponibilități creative nebănuite, cât și conflicte și psihotraume refulate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.

Inconștientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit și eficient sau, dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav. Observațiile empirice și practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori, când apare un conflict între conștient și inconștient, acesta din urmă este cel care câștigă bătălia. Mulți psihologi spun chiar că inconștientul este un fel de „șef” care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama. În același timp însă, la nivel inconștient, nu se poate face testarea realității.

Dacă, dintr-un motiv oarecare, s-a fixat informația: „Când Ana traversează o stradă sau o piață largă i se face rău”, atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanșează ca și cum ar fi apăsat pe un buton de comandă; în mod inconștient, se activează programul și se declanșează simptomul. Programarea „inconștientului” se poate realiza în stare de relaxare sau, și mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ, prin tehnica imaginației dirijate (vizualizate) și prin practicarea gândirii pozitive. Autosugestiile sunt afirmații prin care subiectul își spune în gând cum dorește el să fie sau ce vrea să realizeze.

1. Construirea autosugestiilor

Pentru ca autosugestiile să fie eficiente, se impune îndeplinirea anumitor condiții:

- să se utilizeze doar afirmații cu conținut pozitiv (de exemplu, în loc de „nu-mi va mai fi niciodată teamă” trebuie să spunem „sunt deja calm, puternic, echilibrat”); excepție fac doar tehnicile de autohipnoză ericksoniană;

- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;
- după ce am practicat un timp autohipnoza sau relaxarea, putem utiliza și autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simțim nervoși;
- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem față unei situații dificile sau care ne produce teamă.

Persoana care dorește să practice autohipnoza trebuie să învețe să-și creeze propriile autosugestii pentru a-și rezolva problemele personale. Acestea se construiesc pornind de la conținutul problemelor și gândurilor negative care îi vin în minte. De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viața mea conține multe lucruri pozitive”, „Vreau să trăiesc ca să mă bucur de toate lucrurile pozitive din viața mea” etc.

Prezentăm spre exemplificare câteva modele de autosugestii pentru îmbunătățirea imaginii de sine (Handley și Neff, 1985):

- Sunt o persoană echilibrată, eficientă și generoasă, care merită să aibă succes;
- Zi de zi, pe toate căile, eu devin persoana care doresc să fiu;
- Corpul meu este perfect sănătos și normal;
- Mintea mea funcționează perfect și găsesc în mine noi posibilități creative de a trăi.

Austin (1994) prezintă zece reguli de alcătuire a sugestiilor terapeutice:

- Utilizați verbe la timpul prezent.
- Folosiți, pe cât posibil, exprimări pozitive.
- Formulați sugestiile în termeni specifici.
- Utilizați cât mai multe detalii.
- Folosiți sugestii simple.
- Utilizați termeni plastici, cu încărcătură emoțională.
- Sugestiile trebuie să fie realiste.
- Sugestiile trebuie să aibă un conținut personalizat.
- Utilizați imagini sugestive.
- Sugestiile trebuie să aibă un caracter repetitiv.

1. Utilizarea verbelor la timpul prezent

Subiectului trebuie să i se sugereze faptul că acționează deja în direcția dorită: „Sunt calm”, „Am foarte multă încredere în forțele proprii”.

Fac excepție de la această regulă situațiile în care este vorba de un proces cu caracter progresiv. Astfel, unei persoane cu un picior

fracturat i se poate sugera: „Picioarul meu se va vindeca rapid și fără complicații” sau „Picioarul meu se va vindeca în jumătate din timpul în care s-ar vindeca în mod obișnuit”.

Sugestiile directe, referitoare la un comportament viitor, trebuie, la rândul lor, exprimate la timpul prezent: „Cu fiecare zi mă simt tot mai calm, tot mai încrezător în forțele proprii...”.

2. Utilizarea unor formulări pozitive

Așa cum am mai subliniat, cu excepția hipnozei ericksoniene care cere din partea terapeutului un nivel deosebit de creativitate, este bine să se evite formulările cu conținut negativ: „Eu n-o să mai fac acest lucru...”.

3. Formularea sugestiilor în termeni specifici

Sugestiile terapeutice trebuie să se refere la o problemă precis delimitată și nu să încerce acoperirea tuturor problemelor subiectului. De pildă, nu este indicat să utilizăm o astfel de sugestie: „Mă simt încrezător în forțele proprii; îmi controlez greutatea și dorm foarte bine”.

4. Utilizarea unui număr mare de detalii

Terapeutul trebuie să-l ajute pe client să-și formuleze obiectivele terapeutice cu foarte multe detalii, exprimate cât mai concret. De asemenea, ținând seama de faptul că obiectivele noastre se modifică permanent, instanțele inconștiente trebuie mereu reprogramate în sensul dorit.

5. Utilizarea unor sugestii simple

În cazul în care se utilizează termeni prea sofisticati sau cu dublu înțeles, se poate crea confuzie la nivelul inconștientului, care trebuie programat la fel ca un calculator prin intermediul unor comenzi simple.

6. Utilizarea unor termeni plastici

Instanțele de natură inconștientă reacționează la termeni cu încărcătură emoțională ridicată, la imagini plastice sau la metafore.

7. Sugestiile trebuie să aibă un caracter realist

De pildă sugestia „Voi fi fericit tot timpul” este profund nerealistă, ținând seama de faptul că viața ne oferă numeroase prilejuri de neîmplinire.

8. Sugestiile trebuie să aibă un caracter personalizat

Sugestiile terapeutice trebuie să se refere la modificări ale propriei persoane și nu ale celorlalți; cea mai bună metodă de a-i schimba pe aceștia este să ne modificăm noi înșine.

9. Utilizarea unor imagini cu conținut sugestiv

Subiectul trebuie ghidat să formeze imaginea sa așa cum dorește să devină, cu cât mai multe detalii. Chiar dacă imaginea respectivă este puțin exagerată în sens pozitiv, ea poate funcționa în calitate de program mental în cazul în care conține un sâmbure de adevăr.

10. Sugestiile trebuie să aibă un caracter repetitiv

Este indicată repetarea sugestiilor pentru o mai bună fixare a conținutului acestora. Repetarea prin intermediul folosirii sinonimelor face ca sugestiile să fie mai interesante pentru utilizator, ca în cazul demersurilor pe care le realizează un comerciant ce dorește să-și vândă marfa. Este indicat ca hipnoterapeutul să spună pacienților săi că pot respinge orice sugestie care li se pare nepotrivită, acest instructaj având rolul de a le reduce anxietatea legată de faptul că ar putea suferi un proces de „spălare a creierului”.

Înainte de a administra sugestiile specifice, subiectul aflat în hipnoză va fi pregătit astfel:

„În această stare plăcută de relaxare în care te afli, inconștientul tău va înregistra, pentru binele tău, tot ce se petrece în jur. Aceste sugestii care acționează în avantajul tău merg direct în zonele inconștiente unde sunt acceptate... Aceste sugestii se fixează foarte bine... adânc în creierul tău... și ele rămân acolo și acționează mult timp după ce ai deschis ochii. Aceste sugestii... aceste noi gânduri te ajută să schimbi lucrurile pe care dorești să le schimbi... iar aceste schimbări te ajută să te bucuri tot mai mult de viață... cu fiecare zi care trece să te bucuri tot mai mult de viață”.

2. Tehnica vizualizării

Vizualizarea („a te vedea în minte”), o altă tehnică de autoprogramare a inconștientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să fim sau a situației pe care dorim să o creăm. Ea se deosebește de simpla reverie sau visare diurnă prin faptul că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză și are un caracter dirijat și planificat. Trebuie subliniat faptul că orice hipnoză este de fapt o autohipnoză. Hipnoterapeutul nu este altceva decât un ghid care îl ajută pe subiect să intre în transă și să utilizeze transa în avantajul său. Prezentăm mai jos o tehnică de inducție prin intermediul vizualizării care poate fi folosită și în autohipnoză (Austin, 1999).

Această tehnică durează aproximativ 10 minute și poate fi utilizată și ca tehnică de autohipnoză, după ce subiectul a lucrat cu un hipnoterapeut calificat.

„Luați o poziție comodă, șezând pe un fotoliu sau culcat... Aș dori să vă imaginați că relaxați tot corpul... verificați mental faptul că vă aflați într-o poziție comodă... complet relaxat... și pe măsură ce se relaxează mușchii... lăsați și mintea să se destindă... să se relaxeze... Orientați-vă atenția asupra picioarelor... simțiți degetele... încordați degetele de la picioare și apoi relaxați-le... încordați gleznelor și apoi relaxați-le... lăsați relaxarea să cuprindă gleznelor, gambelor, genunchii... toți mușchii se relaxează, se relaxează tot mai mult... încordați coapsele și apoi relaxați-le... conștientizați relaxarea plăcută a coapselor care se odihnesc într-o poziție confortabilă... simțiți acum picioarele care devin grele și se cufundă în saltea, se cufundă tot mai mult... pe măsură ce se relaxează... se relaxează tot mai mult... încordați ușor musculatura abdominală și apoi relaxați-o... relaxați-o tot mai mult... Ridicați ușor umerii, apoi coborâți-i și relaxați umerii... relaxați umerii și mușchii spatelui... și, pe măsură ce mușchii spatelui se relaxează, observați cum coloana vertebrală se cufundă tot mai mult în fotoliu sau saltea... Pe măsură ce vă relaxați, observați că respirația devine tot mai calmă, mai liniștită... mai profundă... îndreptați-vă acum atenția asupra degetelor de la mâini... strângeți degetele pumn... observați tensiunea musculară și apoi lăsați degetele să se desfacă și să se relaxeze tot mai mult... și mai mult... Lăsați relaxarea să cuprindă brațele și umerii... observați dacă gâtul se află într-o poziție comodă... încordați ușor mușchii gâtului și apoi relaxați-i... relaxați tot mai mult gâtul și lăsați-l să se odihnească într-o poziție comodă... confortabilă... îndreptați atenția asupra feței... încordați mușchii feței și apoi relaxați-i... relaxați mușchii feței tot mai mult... tot mai mult... Simțiți o răcoare plăcută care vă mângâie pielea... și relaxați creștetul capului... Sunteți acum relaxat din cap până în picioare... până la vârful degetelor... Corpul este destins, relaxat, greu... imobil... greu... tot mai greu... Observați cum corpul se relaxează tot mai mult... și mai mult... pe măsură ce respirația devine tot mai calmă, mai liniștită... mai profundă. Curând voi începe să număr de la 1 la 10 și cu fiecare număr vă veți relaxa tot mai mult... tot mai mult: 1...2...3...4 — vă relaxați tot mai profund... 5... 6 — tot mai profund... 7... 8 — relaxarea se adâncește tot mai mult... 9... 10 — relaxare adâncă... plăcută... odihnitoare.

Sunteți acum profund relaxat și vă vine ușor să vă focalizați atenția spre interior și să vă imaginați diverse lucruri cu multă claritate... Aș dori să vă imaginați că vă aflați pe o terasă care are niște trepte ce coboară spre o grădină minunată... puteți vedea copaci frumoși, încărcăți de frunze, flori minunate... iarba verde... Grădina este înconjurată de arbori înalți care o fac să fie un loc sigur... Undeva mai departe se află un pârau cu o cădere de apă... ascultați zgomotul odihnitor al cascadei... al apei care lovește pietrele... auziți ciripitul păsărelor... vedeți cum razele soarelui se strecoară printre crengile copacilor... pe măsură ce vă relaxați tot mai mult...

Pe măsură ce vă apropiați de marginea terasei observați că ea are cinci trepte care coboară în grădină... până la o potecă îngustă care ajunge până la cascadă... Coborâți încet scările și pe măsură ce coborâți fiecare treaptă vă relaxați tot mai mult... tot mai mult... Pășiți pe prima treaptă și intrați într-o stare de relaxare tot mai profundă... coborâți încă o treaptă și starea de relaxare devine tot mai profundă... coborâți încă o treaptă și starea de relaxare se adâncește și mai mult... pășiți pe a treia treaptă și simțiți o stare de relaxare tot mai profundă... o senzație plăcută de libertate interioară... mai coborâți o treaptă și ajungeți într-o stare de relaxare și mai adâncă și mai plăcută și mai odihnitoare... pășiți pe a cincea treaptă și vă relaxați tot mai adânc, tot mai profund... mai profund... mai profund ca niciodată...

Porniți acum încet pe cărarea care duce la cascadă și ajungeți la o bancă... observați culoarea băncii... lemnul din care este făcută... așezați-vă comod pe bancă... veți fi surprins să observați cât de comodă este poziția în care stați și în care vă simțiți și mai relaxat... și mai destins ca până acum... în timp ce stați pe bancă, inspirați profund și în timp ce expirați simțiți cum o undă de relaxare pătrunde în fiecare fibră musculară... în fiecare nerv... (pauză de 60 de secunde) și pe măsură ce inspirați din nou, absorbiți odată cu aerul gânduri bune și pe măsură ce expirați... eliminați încordarea, teama... tristețea... lăsând tot mai mult loc gândurilor pozitive...”

3. Gândirea pozitivă

Unii oameni sunt stresați din cauza personalității de bază. Ei fac, probabil, parte din tipul A de personalitate, care muncește zi și noapte

fără odihnă, fără să-și acorde timp de relaxare sau distracții. Pentru persoanele astfel structurate, perfecționiste, orice mic eșec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine din cauza psiho-traumelor suferite în copilărie, iar cei din categoria a treia se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face față așteptărilor exagerate, iraționale din partea celorlalți (de pildă, părinții, care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, îl silesc să ia lecții de pian și matematică, deși nu are aptitudini sau ar prefera altceva). Oamenii pot atinge performanțe extraordinare când aleg corect lentilele prin care își observă propriile limite. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităților, și nu asupra propriilor defecte. Inconștientul persoanelor care au succes în viață e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă și deliberat.

De vreme ce am admis faptul că noi nu gândim clar și că gândirea „negativă” este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm. Primul pas constă în identificarea manifestărilor gândirii negative, proces numit de psihologi conștientizarea cognitivă. Urmează înlocuirea ei treptată cu gândirea pozitivă — restructurarea cognitivă —, proces care se desfășoară atât în stare de veghe, cât și în relaxare.

Iată câteva modele de gândire negativă care influențează multe persoane (după Handley și Neff, 1985):

- tendința spre perfecționism, tendința prin care individul își fixează standarde, exigențe și scopuri excesiv de înalte, iraționale;
- concentrarea negativă constă în acordarea unei atenții exagerate aspectelor negative, permițându-le să le estompeze pe celelalte;
- în situațiile pozitive (când cineva îmi face un compliment, îmi închipui că își bate joc de mine);
- fenomenul transformării „albului în negru”. Acesta se manifestă atunci când folosim fapte neutre sau chiar pozitive pentru a trage concluzii negative. Astfel, de multe ori se interpretează ca ostile acțiunile unei persoane care, de fapt, se simte stânjenită sau are o supărare personală;
- modelul amplificare-reducere reprezintă deprinderea de a exagera un eveniment negativ și de a minimaliza unul pozitiv;
- crearea de fantasme prin care ne lăsăm în voia reveriei cu conținut negativ ce ne invadează psihicul;

- comportamentul „trebuie” care ne determină să acționăm împotriva voinței noastre, de parcă un șef imaginar și sever ne-ar presa mereu. Această gândire tiranică nu face decât să genereze culpabilitatea care mai mult ne frânează decât ne ajută să acționăm;
- eroarea de a generaliza constă în a ne spune tot timpul că suntem răi sub toate aspectele dacă am făcut o greșală oarecare. Adevărul este că toți oamenii fac greșeli și că nu sunteți o persoană mai puțin valoroasă dacă vi s-a întâmplat să greșiți. O altă variantă a aceleiași erori o constituie și tendința de a generaliza o respingere întâmplătoare asupra tuturor situațiilor de viață (când o fată s-a purtat distant cu tine la o petrecere, îți spui imediat că „nu faci două parale”);
- asumarea unor responsabilități care nu ne privesc înseamnă a ne simți vinovați de erorile și comportamentele negative ale altor persoane (de exemplu, dacă soțul bea prea mult, soția plânge și-și spune „e vina mea”).

Cum putem opri cursul gândirii negative atunci când am identificat-o? O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenția ori de câte ori exprimăm cu voce tare gândurile noastre negative. Când aceasta se exprimă în limbaj interior, putem utiliza metoda opririi bruște (ne spunem în gând „oprește”) sau pe cea a încetirii vocii interioare cu conținut negativ (Unestahl, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare și încercarea de a o face să ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape deloc.

Gândirea pozitivă acționează cu maximum de eficiență în starea de relaxare sau autohipnoză. Pacientei care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va intra în panică i se recomandă ca în stare de relaxare să își spună: „Ori de câte ori voi ieși pe stradă corpul și mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simți calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă și mă văd cu ochii minții mergând peste tot, senină, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îmi produc o reală plăcere”.

Cum inducem autohipnoza? Primul pas în inducerea autohipnozei este învățarea unei tehnici simple de relaxare. În lucrarea de față nu ne propunem descrierea mecanismelor relaxării, ci doar prezentarea unor procedee elementare care pot fi utilizate de către oricine, fără riscuri. Îi avertizăm pe cititori că, dacă problemele lor sunt mai

serioase, este bine să se adreseze cabinetelor de psihoterapie sau medicină psihosomatică.

„Luați o poziție comodă, culcat pe spate, cu capul ridicat (este indicat să folosiți o pernă mică) și brațele ușor depărtate de corp, palmele în sus și picioarele, de asemenea, depărtate. Puteți, la nevoie, să vă instalați și într-un fotoliu, cu capul sprijinit și brațele așezate comod pe brațele fotoliului sau pe coapse. La început încordați de câteva ori toți mușchii și apoi căutați să-i destindeți, închideți ochii și imaginați-vă că destindeți mușchii frunții, obrații, maxilarele. Simțiți pleoapele grele, grele ca atunci când sunteți pe cale să adormiți. Relaxați mușchii cefei și gâtului, apoi umerii și brațele de sus până în vârful degetelor. Destindeți musculatura pieptului, a abdomenului, a spatelui. Căutați să vă imaginați cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanț care se întinde. Relaxați picioarele, coapsele, gambele ajungând până la degete. Expirați de câteva ori profund și lent; imaginați-vă că, odată cu fiecare expirație, corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniștit. Apoi spuneți-vă în gând că brațele devin grele, tot mai grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginați-vă în același timp că două greutateți (cărți groase, săculeți cu nisip) sunt așezate pe brațe și le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizați greutatețile care apasă pe picioare și le fac din ce în ce mai grele.

Spuneți-vă că tot corpul devine mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniștit; încercați să vă imaginați propriul corp care stă întins, liniștit, pe o pajiște însorită sau pe o plajă mare. Căutați să mențineți imaginea plăcută și odihnitoare în care vă vedeți odihnindu-vă în mijlocul naturii și spuneți-vă că vă cuprinde o stare de calm, de liniște, de pace interioară. Vă simțiți destinși, liniștiți și parcă vă vine greu să ieșiți din starea pe care singuri ați creat-o, și acesta reprezintă cel mai bun indiciu în privința reușitei relaxării.

Când doriți să reveniți, vă spuneți în gând că reveniți la normal, vizualizați corpul care își recapătă tonusul firesc, inspirați de câteva ori profund, expirați scurt, mișcați degetele de la mâini și de la picioare, apoi brațele și picioarele. Strângeți de câteva ori pumnii, inspirați și expirați și apoi vă ridicați vioi, fără a brusca organismul. Dacă relaxarea nu a reușit, nu vă demobilizați, încercați de multe ori, în zile și ore diferite. Până la urmă inconștientul dumneavoastră va găsi singur soluția de a intra în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine.”

Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei pe care mulți autori au denumit-o relaxare profundă. După ce subiectul a participat la câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalitățile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de simple. Hunter (1988) ne propune câteva tehnici de autohipnoză, precum și unele strategii de utilizare autoformativă a acesteia.

„Este momentul să începi să practici singur hipnoza acasă, pentru a întări ceea ce facem noi aici (se solicită cooperarea subiectului). Trebuie să cunoști faptul că, deși există unele reguli generale de practicare a autohipnozei, este de dorit să-ți găsești acele formule sau ritualuri de a intra în autohipnoză care ți se potrivesc mai bine (personalizarea tehnicii). Eu îți voi prezenta o tehnică de intrare în starea de autohipnoză care s-ar putea să ți se pară potrivită cu unele mici modificări: poate unele cuvinte ai dori să fie altele, poate ai prefera să utilizezi alte imagini sau alte amintiri, ori poate un ritm diferit, sau poate ai vrea să-ți vorbești în limba pe care o foloseai în copilărie.

Poate că ceea ce îți spun eu îți amintește de ceva din propria ta experiență, ceva ce ai dori să-ți servească drept «cheie» pentru a intra în autohipnoză (reamintirea și retrăirea în plan imaginativ a unor experiențe trecute reprezintă un fenomen regresiv). Ținând seama de ceea ce ți-am spus, vei ajunge să-ți construiești calea proprie spre autohipnoză.

Totul trebuie să fie simplu. În hipnoză, cea mai bună tehnică este totdeauna cea mai simplă, și aceasta e tehnica numărării. (Evitați să cereți subiectului să stea culcat pentru că astfel se induce mai curând somnul decât hipnoza.) Așezați-vă într-o poziție confortabilă, cu capul sprijinit, închideți ochii și începeți să numărați. Numărați lent până când ajungeți la starea de destindere dorită. Unii oameni au și făcut un fel de pact cu ei înșiși, de tipul: «Când voi ajunge cu numărătoarea la 10 mă voi afla într-o hipnoză ușoară, când voi ajunge la 20 voi fi într-o hipnoză moderată, iar când voi ajunge la 25 voi putea să mă ocup de problemele mele în stare de autohipnoză».

Există persoane care, în loc să numere, preferă să repete mereu serii de numere: 1-2-3-4-5; 1-2-3-4-5 etc. sau să repete în gând literele alfabetului, și aceasta le aduce aminte de experiențele din copilărie (invitația la regresie reprezintă o sugestie hipnotică). O altă modalitate de a obține starea dorită este să vă vedeți sau să vă simțiți pe

dumneavoastră înșivă coborând într-o grădină în terase sau, dimpotrivă, urcând o scară către stele, plutind tot mai ușor de la o treaptă la alta, fiecare treaptă ducând spre un nivel mai profund al hipnozei. Puteți să vă imaginați oricâte trepte sau oricâte terase, câte credeți că v-ar fi necesare pentru a atinge starea dorită. *(Atenție! Există persoane care au imaginație mai curând kinestezică decât vizuală. Cei care își imaginează starea de autohipnoză ca un fel de zbor pot să nu agreeze imaginea de a zbura în jos. De asemenea, conceptul de a coborî sau de a se cufunda poate fi anxios pentru unii subiecți. Oferiți subiectului posibilitatea de a alege între imaginea urcării și cea a coborârii.)*

Unii oameni preferă să folosească mai multe imagini: poate v-ar plăcea să vă imaginați că plutiți într-o barcă pe apele unui râu, admirând razele soarelui ce se strecoară printre frunzele pomilor și se reflectă în apa al cărei clipocit plăcut vă produce o stare de hipnoză. *(Asigurați-vă că subiectul nu se teme de apă.)* Sau poate v-ar plăcea să vă imaginați că plutiți pe un nor sau explorați cu ochii minții galaxiile. Puteți să utilizați orice reverie diurnă care vă face plăcere. Alți oameni preferă să se joace cu culorile, imaginându-și un fel de caleidoscop interior sau un punct colorat pe care îl privesc cu ochii minții, închipuindu-și că se apropie tot mai mult și devine tot mai mare până când norul colorat îi învăluie complet, cufundându-i în hipnoză. Alții preferă imagini și sunete familiare, cum ar fi tic-tacul ceasornicului, zgomotul valurilor mării, melodia preferată sau ritmul propriei respirații. Concentrarea asupra unor procese interioare (respirația) tinde să accentueze hipnoza.

Alegeți acea metodă care vi se potrivește mai bine și concentrați-vă asupra a ceea ce v-ați propus timp de câteva minute. Repetați acest exercițiu de concentrare timp de câteva minute, imaginați-vă că intrați în autohipnoză prin metoda aleasă. Așezați-vă comod, cu capul sprijinit, închideți ochii cu intenția clară de a intra în autohipnoză. Simțiți tremurul ușor al pleoapelor ca atunci când vi s-a indus hipnoza în cabinet. *(Treceți de la heterohipnoză la autohipnoză.)* Bucurați-vă de starea plăcută de relaxare în care vă puteți cufunda după voință. Repetați de câteva ori în gând întregul scenariu. Este autohipnoza dumneavoastră. Veți învăța să controlați starea de transă în felul următor. Eu voi număra de la 5 la 1. Înainte ca eu să ajung cu numărătoarea la 1 vă voi atinge fruntea cu degetul. Când veți simți atingerea degetului meu, utilizați tehnica personală care vă va aduce înapoi în hipnoză, într-o stare puțin mai profundă de-

cât cea în care vă aflați acum: 5-4, e bine așa; 3, suntem la jumătatea drumului; 2 (terapeutul atinge cu degetul fruntea subiectului), acum intrați prin metoda personală în autohipnoză. Mergeți mai profund decât ați făcut-o prima oară. *(Sugestiile susțin ideea că subiectul va avea autocontrolul stării sale.)* Atingerea degetului meu servește drept *întărire* pentru faptul că utilizați bine tehnica de autohipnoză. Acum observați dacă ceea ce ați realizat aici în cabinet împreună cu mine seamănă cu propria tehnică de autohipnoză utilizată. Dacă credeți că sunt necesare unele modificări, faceți-le acum. *(Se oferă subiectului posibilitatea să mai realizeze o repetiție, de data aceasta într-un mod diferit.)*

Acum voi întări din nou tehnica așa cum am făcut înainte. Eu voi începe să număr de la 5 la 1 și, înainte de a ajunge cu numărătoarea la 1, veți simți atingerea degetului meu arătător și veți reveni la starea de relaxare, mai profundă decât cea în care vă aflați în clipa de față, 5-4-3 (atingerea frunții) — reîntoarceți-vă acum la starea de relaxare pe cale proprie. Atingerea degetului meu arătător nu este decât o întărire pentru modul personal în care intrați în hipnoză. *(Se accentuează ideea că subiectul are controlul situației. Acesta este aprobat pentru ceea ce face.)* Lăsați-vă dus spre o stare de relaxare mai adâncă și mai plăcută, stare care este potrivită pentru dumneavoastră în momentul de față. *E foarte bine așa. Ați învățat acum o tehnică pe care o veți putea utiliza atunci când, dintr-un motiv sau altul, veți dori să aprofundați starea de autohipnoză. E bine să știți că noi nu putem forța în niciun fel inconștientul să realizeze ceva. Nu-l putem deci nici forța să intre într-o hipnoză mai profundă. Putem, în schimb, să-l încurajăm și vom face acest lucru în tehnicile de adâncire a autohipnozei. (Pentru ca tehnica autohipnozei să aibă succes, este bine ca subiectul să exerseze zilnic și, pe cât posibil, la aceeași oră.)* Va fi o întâlnire cu dumneavoastră înșivă. Dacă acordați autohipnozei 5 sau 15 minute, ară mai puțină importanță. Cu adevărat important este să se lucreze zilnic, pentru că autohipnoza reprezintă un reflex condiționat: cu cât o practici mai mult, cu atât reușești mai bine și cu cât reușești mai bine, cu atât este mai folositoare."

Subiecților trebuie să li se facă unele precizări:

- Frecvent, tehnica aplicată acasă nu dă rezultate la fel de bune precum cea realizată împreună cu terapeutul. Dacă subiectul este prevenit, el nu va mai fi dezamăgit.

- Trebuie să i se atragă atenția pacientului că nivelul de profunzime al autohipnozei este rareori identic cu cel al heterohipnozei, mai ales la începători.
- Subiectul trebuie să știe că, atunci când realizează autohipnoza, o mică parte a conștiinței rămâne în stare de alertă pentru a conduce procesul, în timp ce în heterohipnoză și acea mică parte poate să se relaxeze.
- Trebuie menționat faptul că și în cazul în care subiectul atinge doar o stare foarte ușoară, experiența fiind dezamăgitoare, totuși merită efortul de a continua pentru că orice nouă experiență nu face decât să întărească tehnica.
- Subiectul trebuie învățat să utilizeze propoziții simple, afirmative, să evite negațiile și să limiteze lucrul doar la una sau două probleme pe care le are de rezolvat în cursul unei singure sesiuni de autohipnoză.

Teme pentru acasă (Hunter, 1988):

În cadrul acestor teme veți învăța să conversați cu inconștientul dumneavoastră.

Sedința I

- a) Prima temă pe care i-o vom da inconștientului se referă la strângerea de informații. Veți explora trecutul, prezentul și poate chiar viitorul pentru a intra în posesia acelor informații care vă sunt utile în cursul psihoterapiei. Inconștientul va aduna pentru dumneavoastră aceste informații, le va organiza, le va filtra și va fi gata să le prezinte mentalului conștient la timpul potrivit și în forma potrivită.

Probabil nici nu vă puteți da seama că acest proces are loc, deoarece el se desfășoară dincolo de pragul conștiinței. Din când în când poate ar fi bine să aruncați o privire dincolo de acest prag și atunci o amintire veche vă poate veni în minte și chiar vă veți întreba: „Oare de ce m-am gândit tocmai la asta?” Se poate întâmpla ca un lucru care până atunci părea confuz să devină dintr-odată clar, fără să știți de ce, sau e posibil să priviți din alt punct de vedere un lucru la care v-ați gândit mai înainte de sute de ori, surprinși de faptul că nu l-ați examinat până atunci din noua perspectivă. (Pacienții relatează frecvent în cursul celei de-a doua sesiuni că și-au amintit tot felul de lucruri din trecut.) Dacă aceste lucruri se întâmplă, veți remarca că ele se desfășoară la un nivel foarte subtil.

- b) A doua temă pe care o dăm inconștientului seamănă cu prima și amândouă pot fi realizate simultan: îi cerem inconștientului să reevalueze vechi probleme care au legătură cu perioada prezentă (sugestii pentru modificarea perspectivei). De pildă, copilului care ați fost, casa părintească i se părea uriașă, în timp ce adultului de acum ea îi poate părea normală, dacă nu chiar mică. Nu casa s-a schimbat, ci noi ne-am schimbat.

Deci toate interpretările de odinioară erau valabile, dar pentru timpul de atunci, pentru că la acea dată erați o persoană diferită. Este bine să lăsați inconștientul să reevalueze vechile lucruri, perfect valabile și folositoare atunci, dar care nu mai sunt valabile și folositoare într-o altă etapă a existenței noastre. (Noua perspectivă poate modifica viziunea asupra unui eveniment.) De aceea, este bine ca asemenea experiențe să fie reevaluate, modificate, aduse cumva la zi, astfel încât să fie încheiate și puse deoparte. Înlăturând vechile experiențe care s-ar putea să vă deranjeze și în prezent, faceți loc pentru noi lucruri bune care trebuie să se întâmple. (Se sugerează că se vor întâmpla noi evenimente pozitive.)

Sedința a II-a

A sosit deja timpul ca eu să mă adresez mai direct inconștientului dumneavoastră, așa că lăsați-vă mintea conștientă să facă ceea ce dorește. Dacă ea preferă să asculte, este foarte bine. Dacă vrea să-și ia zborul este, de asemenea, foarte bine. Eu mă voi adresa direct inconștientului pentru că a sosit timpul să-i mai trasez o sarcină.

Prima temă constă în a-i cere inconștientului să aleagă din noianul de informații culese exact acea informație care este relevantă pentru o anumită situație. Lăsați inconștientul să aleagă el situația respectivă. Noi putem să credem că o anumită situație trebuie să fie în atenția noastră, dar inconștientul deține mult mai multe informații despre situația respectivă decât conștientul. Să dăm conștientului libertatea de a alege situația și de a extrage acea informație pe care o consideră relevantă și să procedeze așa cum crede el de cuviință. Veți avea astfel o săptămână interesantă pentru că ceva în viața dumneavoastră se va schimba un pic în sens pozitiv și nu știm încă exact despre ce este vorba (puțin mister are un caracter incitant pentru subiect). Va fi probabil un lucru minor, ceva vi se va părea mai ușor de făcut, nu vă va mai deranja în aceeași măsură, veți găsi o nouă cale de a realiza acel lucru etc. Deoarece este vorba de un lucru neînsemnat, păstrați conștiința

trează pentru a fi capabil să recunoașteți mica schimbare și, când o găsiți, bucurați-vă de ea (căutați un lucru bun și cu siguranță îl veți găsi).

A doua temă este identică cu cea pe care ați mai realizat-o deja: lăsați inconștientul să reevalueze vechi probleme, valabile la timpul respectiv, dar care acum au devenit piedici, sunt învechite și ar trebui revizuite, modificate, vindecate, astfel încât să fie pe deplin încheiate și puse deoparte. În felul acesta veți face loc pentru lucruri Noi și Bune care deja se întâmplă. Da, da! Ele se întâmplă deja. (Se accentuează termenul „vindecate”. Sugestia de vindecare este preluată direct.) Veți recunoaște cu siguranță starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzația plăcută de plutire, de liniște, parcă de pierdere a percepției propriului corp, cât și după starea afectivă agreabilă de liniște, calm și încredere.

Odată starea instalată, putem investiga inconștientul în legătură cu propriile probleme și apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existență, devenind mai sănătoși, mai echilibrați, mai fericiți, mai eficienți. Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii pozitive și prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriți să vă transformați. A dori și a spera nu atrag automat după sine nicio schimbare. În schimb, stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând treptele de urmat pentru a face ca o schimbare dorită să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorințele noastre devin scopuri pentru inconștient, se fixează sub forma unor programe care ne dirijează existența. Din păcate, adesea, aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea.

Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm, trebuie să fim animați de dorința fierbinte de a reuși să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru individ, astfel încât să-l facă să-și mobilizeze forțele pentru a-l atinge. În același timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un obiectiv stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca și celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. Înlocuiți formularea „nu mai vreau să fiu grasă” cu formularea „mă văd suplă”. Unii autori consideră că ceea ce s-a prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca și cum”, ceea ce înseamnă „comportați-vă ca și cum ați fi deja persoana care doriți să deveniți”.

4. Autohipnoza și rezolvarea problemelor (Hunter, 1988)

Rezolvarea problemelor în stare de hipnoză oferă subiectului posibilitatea să facă ceva în mod diferit. Oamenii sunt, de regulă, atât de prinși în cercul vicios al dilemelor lor, încât au impresia că nu mai există nicio soluție.

Tehnicile propuse de Marlene Hunter nu sunt altceva decât modalități de schimbare a sistemului de referință prin prisma căruia este privită problema. Persoanele care se prezintă la psihoterapie așteaptă un fel de cură miraculoasă care să le rezolve situația, ele dorind mai curând să-i schimbe pe ceilalți decât pe sine, ceea ce reprezintă o cerință nerealistă. Hipnoza oferă subiecților o modalitate neanxiogenă de ieșire din starea în care se află — un nou mod de abordare a situației. Milton Erickson afirmă că fiecare om are în el informația necesară și suficientă pentru schimbare, iar terapeutul nu face decât să faciliteze această schimbare.

Tehnica celor trei cutii (Hunter, 1988)

Metoda pe care o vom învăța astăzi este foarte simplă, parcă ar fi un joc de copii și, datorită simplității ei, se potrivește oricărui fel de problemă. Mai mult, tehnica fiind simplă, nu va trebui să irosiți energie pentru aplicarea ei, ci doar pentru rezolvarea situației care vă frământă. Gândiți-vă, pentru început, la o problemă de mică importanță din viața dumneavoastră, la un lucru pe care ați dori să-l faceți mai bine decât îl faceți la ora actuală. Analizați situația problematică desprinzând elementele ei componente.

Imaginați-vă că aveți trei cutii. Pe prima cutie se află o etichetă pe care scrie «Ceilalți oameni». Imaginați-vă că așezați în această cutie toate părțile problemei care sunt generate de alți oameni. Desigur, poate să apară tentația de a considera că întreaga problemă este generată de ceilalți, dar dacă ne gândim mai bine, ne dăm seama că nu este chiar așa. Pe a doua cutie «lipiți» eticheta «Fapte» și așezați în ea datele realității obiective. De pildă, dacă aveți un termen pentru o lucrare, data respectivă va fi așezată în cutia imaginară pe care scrie «Fapte». Dacă termenul este stabilit de o altă persoană, schimbați plasamentul revenind la prima cutie. A treia cutie se referă la propria Persoană și poartă eticheta «Eu». Aici veți «plasa» reacțiile personale și trăirile legate de situația respectivă, cum ar fi, de pildă, reacția la

gândul că se apropie termenul de predare a lucrării. Își vor găsi locul aici teama, mânia, mândria, tristețea, experiențele trecute, dorințele, așteptările.

Luați apoi cutia pe care scrie «Ceilalți oameni» și aruncați-o cât mai departe, pentru că este limpede că nu-i putem schimba pe ceilalți. Desigur, ceilalți se pot schimba, dar ei o vor face sub imperiul nevoii lor interioare. Atenție, nu «aruncați» la coș oamenii care pot fi persoane semnificative în viața dumneavoastră (soți, copii, părinți, prieteni), ci doar partea lor de contribuție la situația care vă face nefericiți. Luați acum a doua cutie pe care scrie «Fapte» și aruncați-o departe pentru că e limpede că nu putem modifica datele realității obiective. Situația se poate schimba, desigur, dar atunci avem de-a face cu un nou set de date obiective. Dacă analizați acum problema dumneavoastră, veți constata că ea are o configurație diferită: în primul rând este mai mică și în al doilea rând au rămas din ea acele părți în privința cărora se poate face ceva.

Să desfacem acum cutia a treia. S-ar putea ca în interiorul ei să existe anumite elemente care, într-adevăr, nu se pot schimba (de pildă, nu putem să ne modificăm vârsta, în cazul în care pensionarea este problema care ne supără). Unele persoane ar decide să pună acest element în categoria «Fapte», deși fiind un factor personal, poate fi plasat în cutia «Eu». În cutia a treia s-ar putea să existe și unele elemente care se pot schimba, dar pe care, dintr-un motiv sau altul, nu doriți să le schimbați. Nu are importanță care sunt motivele acelea (egoiste, banale), trebuie doar să recunoașteți respectivele elemente și să le plasați în cutie într-un loc accesibil, astfel încât să le puteți reevalua atunci când veți dori s-o faceți.

Au mai rămas acum puține elemente în cutia a treia, poate unul sau două și pe acestea sunteți gata să le schimbați. Acesta reprezintă începutul unei rezolvări constructive a problemei. Observați aceste mici părți ale problemei, părți pe care doriți să le schimbați și începeți prin a opera prima modificare. Curând veți fi surprinși să constatați că lucrurile care vă deranjau nu mai constituie o «problemă», ci doar o situație pe care o puteți stăpâni foarte bine.”

Metafora „aisbergului” (Hunter, 1988)

„Există multe metafore care ne ajută să ne rezolvăm problemele de viață, și una dintre acestea este metafora «aisbergului». Se știe că un aisberg este un imens ghețar plutitor în ocean, din care doar a noua

parte este vizibilă deasupra apei, restul fiind ascuns sub apă. Să definim problema care vă supără drept un «aisberg», rezolvarea ei reprezentând topirea lui. Este foarte dificil să topim un aisberg atât de mare și de rece, dar e mult mai ușor să topim un cub de gheață. Deci pentru a topi aisbergul nostru și, respectiv, pentru a rezolva problema, imaginați-vă că rupeți o bucată de gheață din marele aisberg. O puteți topi în multe feluri: ținând-o în mână, expunând-o la soare sau sub un jet de apă. Dar ce se întâmplă când topiți cubul de gheață?

Ei bine, nu mai aveți gheață, ci doar apă, și apa este o materie diferită. Priviți acum aisbergul. Locul de unde ați desprins bucata de gheață strălucește la lumina soarelui în culori minunate, albastru și verde, culori pe care nu le-ați observat înainte pentru că erau «ascunse» de suprafața plată a aisbergului. Aisbergul are acum o formă diferită, are dimensiuni mai mici și chiar mai mult, o bucată din el, care înainte era ascunsă sub apă, a ieșit acum la suprafață și poate fi văzută. (Când se schimbă o parte, se schimbă și restul problemei care capătă un aspect diferit.)

Continuați să desprindeți mici bucăți din aisberg și să le topiți și veți observa că treptat va apărea o situație cu totul diferită: ați obținut o rezervă însemnată de apă folositoare, iar aisbergul — care părea atât de mare și înfricoșător — are acum o cu totul altă formă și dimensiune și scânteiază în culori strălucitoare pe care le admirați. (Se subliniază pentru pacient aspectul total nou al situației, ca și eventualele avantaje neașteptate.)”

Metafora punții și a bolovanului (Hunter, 1988)

„Imaginați-vă că urcați cu greu un munte înalt. Pe drumul stâncos este foarte cald. În dreapta și în stânga sunt stânci și prăpăstii. Sunteți foarte obosit și însetat și nu se întrevede nicio ușurare. Din câte știu, acesta este singurul drum pe care puteți merge pentru a ajunge acolo unde doriți și este foarte important să vă atingeți ținta. Deci urcați însetat și obosit, luptând cu înălțimile, treaptă cu treaptă. (Treaptă cu treaptă, pas cu pas reprezintă sugestia de a nu sări peste etape.) Mai faceți un pas și încă un pas. Deodată observați că o bucată mare de stâncă, rostogolită de undeva de sus, vă barează calea (metafora dificultății neașteptate). Ce este de făcut? Puteți, dacă doriți, să vă continuați călătoria împingând bolovanul și înaintând așa.

Este foarte obositor și presupune un mare consum de timp și energie, dar o puteți face. Unii oameni sunt în stare s-o facă. (Unii subiecți

nu-și dau seama că au posibilitatea de alegere și continuă să lupte cu încăpățănare făcând mereu același lucru.) Ați putea folosi puțin din energia dumneavoastră și, în loc să împingeți bolovanul înainte, l-ați putea deplasa puțin într-o parte, doar puțin, cât să vă strecurați pe lângă el. Sau ați putea să vă cățărați pe stânci și să ocoliți drumul principal, după care ați reveni la el.

Ați ajuns cumva de partea cealaltă a drumului și vă puteți continua călătoria, în același timp vă puteți întoarce oricând pentru a ataca obstacolul într-un mod diferit în viitor dacă, bineînțeles, doriți s-o faceți. (Pacientul nu a «distrus punțile» și poate aborda obstacolul altă dată.)

Să presupunem că ați procedat așa. Vă aflați de cealaltă parte a bolovanului, continuându-vă călătoria, și drumul devine tot mai îngust, tot mai abrupt, mai plin de praf. Stâncile sunt tot mai colțuroase și prăpăstiile tot mai adânci. Mergeți mereu înainte și nu vedeți capătul drumului, dar continuați să urcați. La un moment dat ajungeți la o prăpastie adâncă și constatați că podul peste respectiva prăpastie s-a rupt. Vedeți cum drumul continuă de partea cealaltă. (Se sugerează ideea că orice problemă implică mai multe dificultăți.) Ce este de făcut? Dacă doriți, vă puteți continua călătoria cățărându-vă cu dificultate pe peretele stâncos din partea laterală a prăpastiei. Este un drum dureros și greu, dar unii oameni îl parcurg (metafora pentru depresie). Ați putea însă să vă folosiți toată imaginația și creativitatea pentru a găsi o modalitate de a realiza o punte provizorie peste prăpastie.

S-ar putea să răsturnați un copac peste prăpastie, astfel încât crengele lui să ajungă de cealaltă parte a râpei, sau să împlețiți o frânghie din ierburi, ori ați putea folosi curcubeul drept punte. (Pacientul deține în el informația cu privire la ce are nevoie.) Trebuie să treceți dincolo și să vă continuați călătoria. Puteți oricând reveni pentru a cerceta prăpastia dacă acest lucru este important pentru dumneavoastră. (Poate altă dată pacientul dorește să știe ceva mai mult despre acest obstacol.) Dar dacă uneori vă simțiți blocat în acțiunile pe care intenționați să le întreprindeți, solicitați inconștientul să gândească pentru dumneavoastră problema, utilizând imaginile cu stânci și punți, pentru că totdeauna există o soluție.”

O altă abordare a unor situații problematice constă în a sugera subiectului să împartă problema în capitole sau în domenii ca, de pildă, școala, situația de acasă etc., sau probleme dificile, probleme ușor de

rezolvat, dileme, dificultăți financiare etc. Se poate considera, de asemenea, că fiecare capitol trebuie să reprezinte o etapă în viața individului.

Metafora sistemului de referință

Modificarea sistemului de referință înseamnă abordarea situației dintr-o nouă perspectivă.

Rescrierea scenariului de viață

Pacientul nu se află în hipnoză când începe aplicarea acestei tehnici. I se administrează următorul instructaj: „Săptămâna trecută, când v-ați aflat în hipnoză, v-ați amintit de o experiență foarte neplăcută pe care ați trăit-o demult. (Unii terapeuți obișnuiesc să solicite mai multe detalii cu privire la experiența respectivă. Marlene Hunter preferă să cunoască doar cadrul general și să lase inconștientul pacientului să prelucreze informațiile în modul său particular.)

Am căzut amândoi de acord că vom încerca să alinăm suferința trecută. Adesea obișnuim să ne spunem: «Dacă aș fi știut atunci ceea ce știu acum, aș fi procedat cu totul altfel». Desigur, oricine ar fi procedat așa. Dar să nu uităm că atunci nu am știut și am procedat cât se poate de bine ținând seama de informațiile de atunci (validarea deciziilor anterioare). Sunt sigur că ați procedat în modul cel mai corect la timpul respectiv. De asemenea, noi tindem să credem că, dacă am fi procedat altfel, ar fi fost mai bine. Să nu uităm însă că nu avem de unde să știm acest lucru (deculpabilizarea subiectului). Ceea ce știm sigur este că, dacă am fi procedat altfel, evenimentele ulterioare ar fi fost diferite, fără să putem ști dacă ar fi fost mai bune sau mai rele.

Acum, când știți multe, puteți vedea retrospectiv diverse alternative ale situației respective. În stare de hipnoză vă veți întoarce în timp și veți retrăi situația respectivă așa cum ați fi dorit să fie. Desigur, mintea dumneavoastră conștientă știe foarte bine ce faceți, dar inconștientul poate folosi experiența hipnotică pentru a vindeca vechile răni.

Așezați-vă confortabil în fotoliu și urmăriți cu privirea degetul meu care coboară încet până când vă atinge fruntea. În timpul acesta, ochii dumneavoastră se închid, simțiți un ușor tremor al pleoapelor și intrați în hipnoză în modul dumneavoastră personal, până la acel nivel care vă este necesar pentru a obține ceea ce doriți să obțineți astăzi. E bine așa. Când credeți că ați atins profunzimea dorită inspirați adânc ca să știu și eu că vă aflați în starea optimă. E bine așa. Vă simțiți în siguranță în stare de hipnoză în cabinetul meu. Când veți simți

atingerea degetului meu pe fruntea dumneavoastră, lăsați inconștientul să se întoarcă în timp, atunci când a avut loc acea experiență dureroasă. Simțindu-vă apărat și în siguranță la mine în cabinet, re trăiți în plan mental experiența respectivă. Dacă vă vine să plângeți, plângeți. Lacrimile vor spăla vechea durere. Dacă o să-mi dați voie, o să vă șterg eu lacrimile. (Nu trebuie să atingem subiectul fără să-i cerem permisiunea.) Când ați terminat de re trăit experiența neplăcută în gând, faceți-mi un semn. (Pacientul dă din cap.) Bine.

Acum lăsați inconștientul să se întoarcă din nou în timp și re trăiți de data aceasta experiența așa cum ați fi dorit să fie, scoțând la iveală toate informațiile, cunoștințele și nivelul de înțelegere pe care le aveți acum. Folosiți tot ce ați învățat de-a lungul timpului pentru a re așeza vechea experiență într-un nou cadru. Plasați-o în alt sistem de referință. Știți deja cum trebuie să faceți asta. E bine așa. Când ați terminat de modificat cadrul din care priviți vechea experiență neplăcută, lăsați din nou inconștientul s-o re trăiască, ca și cum ar fi prima oară. Când procedați astfel, conștientizați faptul că se produce un proces de vindecare. Simțiți cum are loc vindecarea. Căutați s-o trăiți. Rămâneți cât timp doriți în stare de hipnoză. Eu voi fi atent la ceas pentru dumneavoastră. Lăsați procesul inconștient să lucreze și să vindece toate amintirile dureroase, astfel încât acestea să vi se pară îndepărtate, să nu vă mai tulbure atunci când le priviți cu ochii minții dintr-un nou punct de vedere”.

Pentru ca subiectul să-și dea seama de ce trebuie să-și administreze doar sugestii pozitive, i se dă următorul exemplu:

„Caută să nu te gândești la pantera roz!” După câteva momente, el este întrebat: „Nu-i așa că te-ai gândit la pantera roz?” Bineînțeles că subiectul se va gândi exact la ceea ce i s-a cerut să nu se gândească.

Trebuie să i se explice, de asemenea, că logica și cuvintele reprezintă modul de operare al conștientului, în timp ce inconștientul operează cu *imagini, metafore, simboluri* și este foarte dificil de lucrat cu imagini negative, pentru că mentalul creează exact imaginea pe care, prin cuvinte, îi cerem să n-o creeze. Astfel, în loc să ne spunem „nu mi-e teamă”, este bine să ne spunem „mă simt calm”. Subiectul trebuie să conștientizeze și faptul că există cuvinte prin care el se auto-sabotează, cum ar fi cuvântul „încearcă”, pentru că ori de câte ori folosim acest cuvânt, în el se află posibilitatea implicată a eșecului. (Undeva în gând parcă sună o voce care ne spune: n-ai să reușești!)

În loc de „încearcă” se pot folosi alți termeni ca, de pildă, „caută”, „învață” etc. Cel mai bine este însă să se utilizeze sugestii explicite atunci când se urmărește modificarea sistemului de referință din care este privită problema. Astfel, afirmația „totdeauna încurc lucrurile” devine „viața m-a învățat unele lucruri utile” sau „niciodată nu mă voi însănătoși” devine „sunt convins că în viitor o să mă simt din ce în ce mai bine”.

Să alinăm copilul care se ascunde în noi (Hunter, 1988)

În fiecare dintre noi se află un Eu de copil, și acestei părți a psihicului nostru îi vom acorda atenție în cele ce urmează.

„Așezați-vă comod și intrați în hipnoză la acel nivel care considerați că este potrivit. E bine așa. Acum acordați atenție acelei situații când... (se descrie situația care îl preocupă pe pacient). Da. Bine. Re trăiți în minte situația respectivă așa cum ați trăit-o atunci. Fiți atent la sentimentele care însoțesc experiența respectivă, sentimente care v-au copleșit cândva. Când veți simți atingerea degetului meu pe fruntea dumneavoastră, lăsați inconștientul să se întoarcă în timp la perioada când ați trăit pentru prima oară acele sentimente. Vă imaginați că sunteți în acea perioadă, trăind acele sentimente. Vă simțiți copilul mic speriat și nefericit care se străduiește, după puterile sale, să înțeleagă ce se întâmplă și să procedeze cât mai bine posibil, dar el este speriat și nefericit și nu știe ce să facă. Ați identificat copilul mic din interiorul ființei dumneavoastră care are atâta nevoie de prezența dumneavoastră pentru că sunteți singurul care știe ce a simțit acel copil atunci, singurul care poate înțelege și singurul în care copilul poate avea încredere, întărirea Eului copilului va conduce la întărirea Eului adultului.

Arătați afecțiune copilului din interiorul dumneavoastră, imaginați-vă că îl luați în brațe și îl mângâiați. Spuneți-i că este un băiat (o fată) bun(ă), că știți că este un copil bun, că totdeauna s-a străduit să se poarte cât mai bine cu putință. Spuneți-i cât de mult îl respectați pentru asta, pentru că s-a străduit din răspuțeri să se poarte bine. Spuneți-i că știți acest lucru. Acum veți fi capabil (nu știu exact cum veți proceda, dar sunt sigur că veți reuși) să-i explicați copilului din dumneavoastră ceea ce el trebuie să înțeleagă pentru a se simți mai bine. (Diversi subiecți au modalități diferite de a comunica cu ei înșiși.) Explicați-i că, deși se simte derutat și nefericit acum, știți că în curând el se va simți foarte bine. Sunteți singurul în măsură să-i spuneți

aceasta și singurul pe care el îl va crede. E bine așa. Acordați afecțiune și sprijin copilului din interiorul ființei dumneavoastră.

Spuneți-i, în același timp, că îi veți acorda de-acum înainte mai multă atenție, că veți căuta să-l cunoașteți mai bine. Aveți atât de multe să-i oferiți și el are atât de multe să vă ofere la rândul său: creativitatea, bucuria copilăriei, curiozitatea, tendința de a cerceta și capacitatea de a se mira. (Sugestii referitoare la explorările viitoare în sfera propriei vieți psihice; se oferă subiectului posibilitatea de a-și redobândi ceva din entuziasmul tineresc.) Spuneți-i copilului din interiorul ființei dumneavoastră că îl veți vizita din nou și, dacă el dorește să vă viziteze, o poate face «bătând» la poarta inconștientului și cerându-vă permisiunea să comunice cu dumneavoastră. În acel moment veți simți dorința de a intra pentru scurt timp în stare de hipnoză spre a lua contact cu Eul dumneavoastră mai tânăr. Astfel veți avea posibilitatea să-l auziți când vă cheamă.

Acum luați-vă rămas-bun de la copilul din dumneavoastră, spunându-i că îl veți vizita cât mai des. E bine așa. Când vă luați rămas-bun de la Eul de copil, rămâneți în hipnoză și reveniți la timpul prezent, la data de..., în cabinetul meu.”

Să adresăm un cuvânt de mulțumire protectorului interior (Hunter, 1988)

Pacientul se află în hipnoză și prezintă unele modele de comportament dezadaptativ pe care, dintr-un motiv sau altul, nu reușește să și le modifice.

„Amintiți-vă faptul că orice comportament a fost declanșat cu un scop. Ne punem întrebarea care o fi fost motivul pentru care s-a declanșat respectivul comportament, motiv care poate rămâne ascuns. Trebuie însă să fim convinși de faptul că acest comportament a servit unui scop important stabilit de inconștient pentru acel moment, deoarece acesta a făcut și face eforturi de a-l menține și în prezent. Vă aflați acum în situația de a fi prizonierul unui comportament de care vreți în mod sigur să vă debarasați. În cazul acesta, trebuie să adresați cu fermitate un mesaj inconștientului, în același timp recunoscând și respectând faptul că Eul dumneavoastră a făcut ceea ce a considerat că trebuie făcut. Spuneți-i Eului, cu cuvintele dumneavoastră, ceva de genul acesta:

«Îți mulțumesc pentru bunele intenții. Mi-am dat seama că ai făcut ceea ce ai crezut de cuviință că este mai bine, ceea ce ai crezut că e de făcut. De ce ai considerat că trebuie procedat astfel nu-mi este

clar, dar am înțeles că acesta a fost raționamentul tău. Oricum, motivele care te-au determinat să procedezi astfel sunt de domeniul trecutului. Acum am nevoie de un alt mod de comportament pentru viitor și prezent. Te rog ajută-mă să elaborez noul model de comportament și să deoparte motivele trecute. Sarcina lor este încheiată».

Repetăți acest text în gând de mai multe ori în zilele (săptămânile) următoare. Inconștientul dumneavoastră trebuie să fie pe deplin asigurat că aveți cu adevărat nevoie de noi modele de comportament înainte de a renunța la cele vechi, pe care le apără animat de cele mai bune intenții. Adresați un cuvânt de mulțumire protectorului dumneavoastră interior. Acesta a făcut și va continua să facă ceea ce crede că e mai bine pentru dumneavoastră. (Acest text implică următoarele aspecte: valorizarea comportamentului inițial; ideea de respect pentru modul în care a acționat Inconștientul în locul autoblămării; elemente de întărire a Eului.)”

Metafora trenului (Hunter, 1988)

Adesea, când ne confruntăm cu o situație nouă, care nu ne este familiară, suntem anxioși pentru că nu știm nimic cu privire la situația respectivă. Când suntem puși într-o astfel de situație, este util să ne imaginăm că ea seamănă cu împrejurarea în care cineva trebuie să facă o călătorie cu trenul (avionul), dar este nervos pentru că nu a mai călătorit până atunci niciodată cu trenul (avionul). Să presupunem că persoana respectivă se numește doamna Ionescu.

Dna Ionescu nu a mai călătorit până acum niciodată cu trenul, dar a călătorit cu autobuzul. Ea a mers cu autobuzul chiar în orașe diferite, astfel încât este familiarizată cu orarele de plecare și de sosire ale autobuzelor, știe ce trebuie să facă pentru a-și rezerva un loc și unde se află stația de plecare. În autobuz, ea are conversații plăcute cu persoanele așezate lângă ea. La sosire, știe cum trebuie să procedeze pentru a-și recupera bagajul, cum să găsească stația de taxi sau autobuze locale, ori unde să aștepte ca prietenii ei să vină să o ia. Dna Ionescu, deși nu a mai călătorit cu trenul, a fost de multe ori plecată de-acasă, la rude sau prieteni, așa că e obișnuită să doarmă într-un pat străin. Mai mult, când era mică îi făcea plăcere să fie legănată înainte de a adormi. Dacă stăm bine să ne gândim, dna Ionescu deține toate informațiile care-i sunt necesare pentru a face o călătorie cu trenul, numai că până acum nu a mai folosit niciodată un asemenea mijloc de trans-

port. Toate aceste informații au fost obținute din diferite experiențe de viață și ele trebuie adunate și aplicate în noile condiții.

În situația nouă în care te afli, cere inconștientului tău să adune toate informațiile care au vreo legătură cu respectiva situație și să le grupeze într-o nouă structură, care este potrivită pentru conjunctura prezentă. De fapt, știi mult mai mult decât crezi că știi. Bucură-te descoperind cât de multe cunoștințe ai.

Fisher (2002, p. 195) ne propune următorii pași pentru construirea unei strategii terapeutice specifice:

1. Identificați problema și modificările pe care doriți să le obțineți

Spuneți-vă în gând sau scrieți: „Acest lucru pe care îl fac mă nemulțumește și de aceea aș dori să fie diferit. În sensul acesta aș dori să mă schimb”. Pentru că motivația reprezintă un lucru important întrebați-vă: „Cât de important este pentru mine să mă schimb?”; „Cât de hotărât sunt să o fac?”

2. Identificarea avantajelor

Descrieți modul în care veți profita de pe urma rezolvării problemei sau modificării situației. Notați cât mai multe avantaje puteți identifica.

3. Imaginați-vă fără problema care vă tulbură

Dacă puteți, amintiți-vă de perioada când nu aveți problema respectivă: Cum v-ați simțit atunci?; Cum ați acționat?; Dacă problema a existat dintotdeauna, imaginați-vă cum ar fi viața fără ea? Stați jos, într-o poziție confortabilă, cu ochii închiși și imaginați-vă că vă comportați în modul în care doriți să vă comportați. Realizați un scenariu făcând apel la memorie și imaginație, utilizând toate modalitățile senzoriale: culori, sunete, mirosuri etc. Imaginați-vă atât modificările, cât și avantajele obținute. Modificați imaginile, jucați-vă cu ele până când ajungeți la acele imagini care vi se potrivesc.

Exemple

1. Mariana, 34 de ani, agorafobie.

Problema mea: „Mă simt încordată și anxioasă atunci când mă aflu în locuri aglomerate. Aș dori să pot merge când și unde doresc și să mă simt relaxată”.

Avantajele schimbării:

- Voi fi capabilă să merg la spectacole cu prietenii.
- Voi putea să-mi găsesc un loc de muncă mai bun și chiar mai multe colaborări.

- Voi putea să ies în oraș cu copiii mei.

Modul în care aș dori să acționez și să mă simt:

- Mă văd pe mine de ziua fiului meu care a împlinit cinci ani, când am mers împreună cu familia la McDonald's. M-am simțit liberă și veselă, chiar dacă în jurul meu erau foarte mulți oameni.
- Mă văd mergând la operă la matineu duminică cu trei dintre cele mai bune prietene.
- Mă văd mergând spre noul serviciu care se află la o bancă din centrul orașului.

2. Irina, 42 de ani, obezitate.

Problema mea: „Am 15 kg în plus și aș dori foarte mult să slăbesc pentru a arăta bine la nunta fiicei mele”.

Avantajele schimbării:

- Voi arăta mai bine la nunta fiicei mele.
- Voi arăta mai bine în poze.
- Voi avea o părere mai bună despre mine.
- Voi fi mai atrăgătoare.

Modul în care aș dori să acționez și să mă simt:

- Mă văd pe mine așa cum eram în urmă cu câțiva ani, când am fost la un restaurant franțuzesc și mi-am ales cu atenție meniul, comandând exact ce mi-am dorit. Am mâncat foarte încet, savurând fiecare înghițitură. Mi-am amintit cât de grațioasă era o franțuzoică subțire care mânca desertul, savurând fiecare linguriță de înghețată. M-a surprins faptul că m-am simțit sătulă după ce am consumat o cantitate mică de alimente alese cu grijă.
- Mă văd pe mine făcând același lucru în fiecare zi. Aleg cu grijă alimentele, mănânc încet și savurez mâncarea.
- Mă văd la cununia fiicei mele, subțire și atrăgătoare, mă bucur de nuntă și de modul în care arăt.

3. Jeny, 36 de ani, fobie de stomatolog.

Problema mea: „Mi-e frică să mă duc la stomatolog, deși știu că este absolut necesar să o fac”.

Avantajele schimbării:

- Gingiile mele vor înceta să sângereze.
- Voi scăpa de durerile de dinți.
- Voi avea mai puține probleme cu dinții atunci când voi îmbătrâni.

Modul în care aş dori să mă simt şi să acţionez:

- Mă văd pe mine discutând cu prietenii despre faptul că am găsit un dentist bun şi, deşi mi-e teamă, am fixat o programare la acesta.
- Mă văd mergând spre cabinetul stomatologic, mulţumită de faptul că am grijă de mine. Intru în cabinet, sunt încă speriată, dar mă relaxez în timp ce îi vorbesc medicului despre problemele mele. Pe măsură ce mă examinează îmi îndrept atenţia spre interior şi mă relaxez tot mai mult. Sunt convinsă de faptul că stomatologul este competent şi mă va îngriji cum trebuie. Mă văd la sfârşitul tratamentului cu dinţi frumoşi şi albi şi cu gingii sănătoase.

Imaginile elaborate în stare de veghe vor fi utilizate în transa hipnotică.

Exerciţiul se practică de 3-4 ori pe zi, timp de 90 de secunde.

Fisher (2002, p. 199) ne prezintă câteva instrucţiuni legate de modul în care trebuie construite imaginile asupra cărora subiectul se va concentra în timpul autohipnozei.

1. Utilizaţi imaginaţia pentru a elabora exemple concrete referitoare la modul în care doriţi să acţionaţi şi să vă simţiţi. Exerciţiul va fi şi mai util dacă se bazează pe elemente din trecut în care v-aţi simţit sau aţi acţionat aşa cum aţi dorit.
2. Includeţi în cadrul exerciţiului şi avantajele ce vor putea fi obţinute în urma modificărilor comportamentale. Consideraţi modificările de comportament ca pe un dar pe care vi-l faceţi vouă.
3. Vizualizaţi-vă comportându-vă aşa cum doriţi să fiţi văzuţi de ceilalţi şi de propria persoană. Marea majoritate a oamenilor vor să fie văzuţi într-o lumină favorabilă care îi face să fie mândri de ei înşişi.
4. Spuneţi-vă în gând: „Acesta este modul în care doresc să acţionez, să mă simt şi să fiu văzut de ceilalţi. Acest lucru îmi displace în modul în care mă comport acum şi care ar trebui modificat”. Definiţi obiectivele în termeni pozitivi şi evitaţi să utilizaţi verbul „trebuie” sau „nu trebuie”.
5. Modificaţi exerciţiul atunci când acesta are tendinţa de a căpăta un caracter superficial.

Pacienţii întreabă adesea cum trebuie să construiască aceste exemple: să-şi spună în gând ce trebuie să facă şi cum trebuie să se simtă?

să se vizualizeze pe sine comportându-se într-un anumit fel, ca într-un film?; să simtă modul în care ar dori să activeze?

Practica clinică a demonstrat că pot fi utilizate toate aceste metode, izolat sau în combinaţie.

Una dintre cele mai simple metode este cea a „ecranului mental” (Fisher, 2002, p. 201).

1. Odată intraţi în transă, imaginaţi-vă un ecran cu trei secţiuni. În secţiunea din mijloc proiectaţi ceva ce s-a petrecut astăzi: o şedinţă cu şeful, o întâlnire, un film etc. pe care le lăsaţi să plece, plutind la întâmplare. Apoi proiectaţi o scenă legată de problema care vă tulbură, cu multe detalii, până când simţiţi că sunt evocate anumite trăiri afective. Umpleţi imaginea cu cât mai multe amănunte şi jucaţi-vă rolul în cadrul ei.
2. Cu atenţia fixată în ecranul central, identificaţi acele elemente care vă fac să vă simţiţi anxioşi, trişti, furioşi sau supăraţi. Aceste elemente le proiectaţi apoi pe ecranul din stânga.
3. Identificaţi apoi acele elemente care vă fac să vă simţiţi bine, creativi, implicaţi, eficienţi şi proiectaţi-le pe ecranul din dreapta.
4. Pe măsură ce se derulează diverse scene pe ecranul central, elementele aflate pe ecranele din dreapta şi din stânga rămân neschimbate. Observaţi şi reflectaţi asupra conţinuturilor aflate pe cele trei ecrane. Vedeţi ce gânduri, idei şi sentimente vă vin în minte.

Atunci când vă simţiţi pregătiţi, ieşiţi din starea de transă.

Acest exerciţiu este utilizat pentru explorarea propriilor idei, stări şi sentimente.

Lena, o compozitoare care s-a adresat terapeutului pentru că se simţea blocată şi nu mai putea să compună, s-a vizualizat pe sine în ecranul central povestindu-le părinţilor despre munca sa şi ascultând comentariile lor. Aceste imagini au determinat-o să conştientizeze faptul că tot muncea pentru a-şi mulţumi părinţii şi nu pentru ea însăşi. Pacienta a înţeles că blocajul ei în ceea ce priveşte creaţia reprezenta un protest inconştient faţă de această situaţie. Ea a mutat propria imagine de persoană blocată pe ecranul din stânga, iar pe cel din dreapta s-a imaginat pe sine compunând muzică pentru propria satisfacţie şi împlinire. Părinţii nu mai apăreau în această imagine.

În practică se poate utiliza şi tehnica ecranului mental împărţit în două. Astfel, pacientei obeze i s-a sugerat faptul că în partea stângă

a ecranului se vede pe sine la greutatea actuală, iar în partea dreaptă așa cum ar dori să arate peste trei luni.

În unele cazuri, pacientul poate fi instruit să-și imagineze și un ecran mental unic în care se vede pe sine acționând și simțindu-se așa cum dorește.

Intrarea în stare de transă prin autohipnoză

Cea mai eficientă metodă de a intra în transă constă în a suspenda orice evaluare sau autoobservare și a lăsa trupul și mintea să se relaxeze cât mai mult.

Prezentăm în cele ce urmează trei modele de inducție hipnotică (după Fisher, 2002, p. 205).

- Inducția prin metoda profilului hipnotic (HIP)

1. Luați o poziție comodă, șezând pe un fotoliu sau culcat pe o canapea. Stați cât se poate de comod.
2. Menținând capul într-o poziție relaxată, priviți în sus, în punctul dintre sprâncene, cu ochii deschiși.
3. Închideți ochii și continuați să priviți în punctul dintre sprâncene.
4. Inspirați, opriți respirația și numărați încet până la 3.
5. Expirați și relaxați ochii..., relaxați tot corpul.
6. Imaginați-vă că plutiți pe un nor pufos și alb... simțindu-vă calm, liniștit, relaxat... confortabil.
7. Evocați imaginile pe care le-ați construit anterior, încă în stare de veghe.

Mențineți imaginile pe ecranul mental aproximativ 90 de secunde sau mai mult, după cum doriți.

8. Reveniți treptat din relaxare, numărând de la 3 la 1. Când ajungeți cu numărătoarea la 1 permiteți ochilor să se deschidă.

- Tehnica levitației brațului

1. Așezați-vă comod pe un fotoliu și plasați cotul drept pe brațul fotoliului.
2. Îndoți ușor brațul de la cot și ridicați-l.
3. Acum observați brațul ca și cum ar aparține altei persoane. Priviți cu atenție o anumită parte a brațului, pe care o studiați ca și cum ați fi un pictor, un sculptor sau un medic și ați dori să formați imaginea brațului pe ecranul mental.

4. Notați cu atenție detaliile, pe măsură ce vă studiați brațul. Observați culoarea pielii, umbrele, diferențele de nuanță în textura pielii... micile modificări care apar.
5. Observați că brațul devine mai ușor sau mai greu (nu are nicio importanță) și începe să se miște... Lăsați-l să se miște foarte... foarte încet... foarte încet... cu câte un centimentru la fiecare cinci minute.
6. Pe măsură ce studiați brațul, începeți să clipiți... Puteți lăsa pleoapele să clipească... să se închidă sau puteți rămâne cu ochii deschiși, cum doriți.
7. Dacă ați decis să lăsați ochii să se închidă și brațul să plutească, mențineți imaginea brațului pe ecranul mental... Relaxați-vă și deplasați-vă în plan imaginar până la locul preferat, unde vă simțiți confortabil.

În acest moment vă simțiți total relaxat și cu atenția concentrată spre interior. Acum sunteți gata să aplicați strategia pe care ați pregătit-o pentru a rezolva problema care vă tulbură. Sunteți pregătit să dialogați cu trupul și cu mintea dumneavoastră.

8. Evocați imaginile create, pe care le mențineți pe ecranul mental 90 de secunde sau mai mult.
9. Pentru a ieși din transă numărați încet de la 10 la 1. Când ați ajuns cu numărătoarea la 3, lăsați ochii să se deschidă, iar când ați ajuns la 1, deschideți ochii complet.

- Tehnica autocondiționării elaborată de Kreskin (1973)

Autorul utilizează termenul de autosugestie în loc de autohipnoză, dar esența metodei este aceeași.

1. Luați o poziție comodă, șezând sau culcat, și relaxați tot corpul.
2. Imaginați-vă o scenă care vă face să vă simțiți relaxați: că stați întins pe o plajă, într-o după-amiază liniștită, cu un soare blând, sau că vă odihniți într-un fotoliu în fața focului din sobă după ce ați făcut o plimbare în zăpadă sau că vă destindeți pe malul unui râu de munte etc. Formați-vă o imagine cât mai vie, cu cât mai multe detalii.
3. Închideți ochii și evocați marea albastră sau iarba verde sau culoarea roz a unui trandafir înflorit.
4. După câteva secunde, inspirați și expirați de trei ori; la a treia expirație mențineți aerul în piept și readuceți imaginea culorii evocate de trei ori.

5. Expirați și lăsați întregul corp să devină relaxat și imobil, fără a face efortul de a pune în acțiune vreun mecanism. Rămâneți relaxat și numărați de la 1 la 50 într-un ritm foarte lent. Când ajungeți cu numărătoarea la 50, veți fi total relaxat, cu atenția focalizată spre interior, gata să puneți în acțiune strategia dinainte pregătită pentru a vă rezolva problema. Sunteți gata să dialogați cu trupul și mintea dumneavoastră.
6. Evocați imaginile create, pe care le mențineți pe ecranul mental 90 de secunde sau mai mult.
7. Atunci când sunteți gata să încheiați exercițiul, numărați de la 10 la 1 și lăsați ochii să se deschidă.

În cele ce urmează vom prezenta câteva strategii psihoterapeutice și autoformative în cadrul cărora autohipnoza joacă un rol central. Aceste strategii pot fi utilizate de subiectul care stăpânește tehnica autohipnozei și relaxării chiar în absența unui terapeut calificat (după Handley și Neff, 1985; Austin, 1994), ele putând servi drept model pentru soluționarea unor probleme de altă natură.

- Strategie pentru reducerea efectelor negative ale stresului (Austin, 1994)

„Ești calm și relaxat... În timp ce inspiri și expiri liniștit simți cum aerul traversează întregul tău corp, aducând cu sine o undă de relaxare care împrăstie toate tensiunile pe care le-ai acumulat de multă vreme... Tensiunile au modificat felul tău de a fi... ți-au afectat munca și timpul liber... De acum încolo toate aceste tensiuni, încordări te vor părăsi... vor ieși din corpul tău... pe măsură ce expiri, toate tensiunile negative vor ieși... lăsând loc gândurilor pozitive... stării de bine... Acum inconștientul tău va găsi o modalitate pozitivă de a face față stresului și supraîncordării...

Dar nu orice stres este negativ... noi avem nevoie de o anumită cantitate de stres pozitiv care ne mobilizează pentru a ne atinge scopurile... De acum încolo, orice stres care acționează asupra ta va fi îndreptat către acțiuni pozitive... în timp ce stresul negativ va ieși din corp odată cu aerul expirat... dispărând complet... Acțiunile... vorbele care înainte îți provocau tensiune... îți dau acum o stare plăcută de mobilizare... te determină să acționezi... să depășești obstacole... pentru că inconștientul tău găsește ușor soluții pentru problemele tale... inconștientul tău își asumă responsabilitatea de a rezolva toate problemele... toate îngrijorările tale într-un mod pozitiv... lăsân-

du-te liber să te bucuri de viață... să obții succese în tot ceea ce dorești să întreprinzi... inconștientul va face ca trupul tău să funcționeze corect... fără să mai fie bombardat de forța gândurilor negative... trupul și mintea vor fi în armonie.

Toate îndoielile tale sunt înlocuite de sentimente de optimism... îndoielile sunt doar motive menite să te încurajeze să iei noi hotărâri... să te ajute să iei decizii corecte... și nu să te împiedice să acționezi... pentru că acum tu ai încredere în inconștientul tău... în forța lui de a orienta stresul și îngrijorarea într-o direcție corectă... păstrând energiile și gândurile pozitive și transformând energia rezultată din cele negative într-un mod constructiv... transformând-o în energie pozitivă... pentru că energia este ca și electricitatea... ea nu este nici bună, nici rea... ea trebuie doar canalizată în direcția dorită... numai astfel va fi folosită într-un mod constructiv...

Pe măsură ce acest mod sănătos de a privi lucrurile se fixează în mintea ta... te simți tot mai bine... din ce în ce mai bine... tot mai relaxat... tot mai calm... și permiți forțelor vindecătoare ale organismului tău să remedieze toate deficiențele și să te încarce în mod constant... iar tu ai grijă de trupul și mintea ta... pe care le tratezi cu respectul pe care îl merită... și astfel te simți tot mai puternic... tot mai puternic... poți depăși cu ușurință toate obstacolele și te bucuri tot mai mult de viață... Imediat voi începe să număr de la 5 la 1 și atunci când voi ajunge cu numărătoarea la 1, ochii tăi se vor deschide și odată cu deschiderea ochilor te vei simți liniștit, mulțumit, înviorat.”

- Strategie pentru tratamentul fobiei de zbor cu avionul (Austin, 1994)

„Ai aflat că te poți relaxa oricând dorești... chiar și în acele situații care înainte îți produceau teamă... teamă care nu era necesară... Inspiri profund și odată cu inspirația te cuprinde o undă de relaxare care pătrunde în tot corpul... Pe măsură ce te relaxezi... îți imaginezi că pornești către aeroport și ești plăcut surprins de faptul că ești calm și relaxat și te bucuri de cele ce se vor petrece... îți imaginezi drumul până la aeroport... că ajungi la aeroport... treci pe la ghișeu de verificare a bagajelor... și ești atât de calm și relaxat... gata de zbor și doritor să ajungi la destinație... Este timpul să te îmbarci... și în vreme ce te deplasezi spre locul de îmbarcare... privești avioanele care aterizează, decolează... sau stau nemișcate... gata să preia pasagerii... găsești această priveliște relaxantă și pe măsură ce inspiri și expiri

profund... devii tot mai calm și mai relaxat... Timpul trece foarte repede în vreme ce aștepți semnalul de îmbarcare... și atunci când s-a dat semnalul te deplasezi până la avion... urci în avion... te așezi într-o poziție confortabilă pe locul tău... și te simți calm... relaxat... liniștit... în timp ce ascuți instrucțiunile de zbor date de însoțitoarea de bord... Avionul este tras pe pistă..., iar tu privești pe fereastră... cuprins de o stare plăcută de calm... care îți învăluie trupul și mintea... pe măsură ce avionul pornește motoarele... gata de decolare..., iar zgomotul motoarelor te relaxează și mai mult... pe măsură ce avionul pornește pe pistă... rulează tot mai repede... decolează, iar tu simți cum te cuprinde o undă de relaxare... care pătrunde în tot trupul tău... îți dai seama că te simți liniștit și relaxat... și poți decide să citești, să dormi sau să conversezi cu cel care stă lângă tine... și, indiferent ce vei decide, te vei bucura de zbor... de ambianța și confortul călătoriei.

Călătoria se apropie de sfârșit și avionul se pregătește de aterizare... inspiri și expiri adânc... te relaxezi și te bucuri de senzațiile plăcute oferite de aterizarea lină... avionul a aterizat, iar tu te pregătești de debarcare... simțindu-te înviorat și plin de entuziasm... privești în urmă și îți dai seama că zborul ți-a făcut multă plăcere... că a fost o zi în care te-ai simțit bine... calm, liniștit, mulțumit."

- Strategie pentru o cură de slăbire reușită

Scopul pe care și-l propune persoana: Voi cântări atâtea kilograme câte sunt normale pentru conformația și vârsta mea.

Vizualizarea (în stare de hipnoză):

1. Mă văd pe mine, pe plajă, în costum de baie, arătând bine.
2. Mă văd arătând suplă și grațioasă la o petrecere la care mă simt bine.
3. Când îmi vin în minte alimente care îngrașă și care mă tentează îmi imaginez că trasez un X peste ele.
4. Îl văd pe soțul meu (sau oricare altă persoană) privindu-mă cu plăcere și făcându-mi complimente pentru felul cum arăt.

Sugestii cu caracter afirmativ (administrare în stare de autohipnoză):

- Pe zi ce trece devin tot mai suplă.
- Merită efortul să fac exerciții și să țin regim.
- Îmi face plăcere să mănânc rațional pentru a-mi menține silueta și a-mi păstra sănătatea.

- Îmi face plăcere mâncarea din cadrul regimului pe care l-am ales.

Înlăturarea gândirii negative și restructurarea cognitivă:

- Evitarea tendinței spre perfecționism: „Nu e nimic dacă mi s-a întâmplat să mănânc ce nu trebuie. Cu toate acestea, pot să-mi ating scopul”.

- Înlăturarea tendinței și a ideii că mâncatul ne ajută să suportăm mai bine stresul: „Voi înceta să compensez cu ajutorul mâncatului orice pierdere. Voi înlocui gândul că voi mânca această prăjitură pentru a nu mă simți atât de nenorocită la gândul că îmi lipsește cu adevărat persoana X, dar, mâncând prea mult, nu o voi aduce înapoi. Voi depăși treptat această pierdere. Până atunci voi avea puțină grijă de mine”.

- Eliminarea concentrării asupra unor elemente negative: „Voi înceta să-mi spun mereu că arăt rău pentru că sunt prea grasă. Mă voi îmbrăca cu gust și voi pune accentul pe trăsăturile mele pozitive”.

- Modificarea gândirii „albul e negru”: „Voi înceta să prevăd că nu pot să slăbesc”.

Autorii menționați sunt de părere că achizițiile obținute pe plan psihic trebuie întărite la nivel comportamental:

- Voi studia lucrări despre regimurile alimentare.
- Îmi voi planifica mesele, astfel încât să nu depășesc 1 500 de calorii.
- Ori de câte ori refuz un aliment care îngrașă îmi notez într-un caiet și îmi acord o recompensă.
- Voi accepta cu plăcere complimentele pe care mi le fac alții pentru că am slăbit și arăt bine.
- Voi ține un grafic zilnic al greutății mele.
- Voi ține o evidență a progreselor în domeniul exercițiilor fizice.

5. Program pentru reducerea anxietății în cazul unor afecțiuni somatice grave (Handley și Neff, 1995)

Desigur, e normal ca orice persoană care află că are o boală somatică gravă ce-i amenință viața să se simtă speriată și dezorientată. Teama excesivă nu face însă decât să accelereze evoluția bolii. Autorii menționați citează cazul unui bărbat de 62 de ani care, diagnosticat

cu un cancer incipient, operabil, a decedat în urma unui atac de cord din cauza fricii excesive. În astfel de situații este necesar să reprogramăm inconștientul pentru a pune în mișcare resursele de vindecare ale organismului.

Scopul propus: „Mă voi vindeca total”.

Vizualizarea în autohipnoză:

1. Mă văd pe mine perfect calm, radiind de sănătate.
2. Vizualizez celulele canceroase devenind tot mai slabe, tot mai lipsite de putere. Îmi reprezintă globulele mele albe ca pe niște cavaleri în armură careucid celulele canceroase.
3. Mă văd ocupându-mă de lucrurile care îmi fac plăcere și bucurându-mă de ele.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):

- Pe zi ce trece sănătatea mea se îmbunătățește.
- Corpul meu are capacitatea naturală de a se autovindeca și eu îl ajut să o facă.
- Mă simt bine și capabil să fac acele lucruri pe care doresc să le fac.

Restructurarea cognitivă:

- Eliminarea tendinței de a te simți respins de toată lumea: „Voi înceta să-mi spun că ceilalți nu mă plac și de aceea nu mă vizitează. Voi fi recunoscător acelor persoane care mă iubesc”.
- Înlăturarea concentrării negative: „Voi înceta să mă gândesc tot timpul doar la boala mea și voi înlocui gândurile negative cu gânduri pozitive despre ceea ce vreau să fac în viitor”.
- Eliminarea modului de gândire „albul e negru”: „Voi înceta să prevăd că se vor întâmpla doar lucruri rele și mă voi antrena să mă gândesc doar la lucruri bune”.
- Înlăturarea fanteziilor imaginative cu conținut negativ: „Voi înceta să-mi spun că boala mea este ceva la care trebuie să mă adaptez și care, în cele din urmă, mă va ucide și voi cultiva o stare de sănătate bună”.

Modificările în plan comportamental manifest

- Voi practica autohipnoză de șase ori pe zi, timp de câte 5 minute, înainte de a mă reprograma pentru o bună sănătate.

- Voi studia în amănunt boala mea astfel încât autosugestiile și vizualizările să fie cât mai corecte. (Voi discuta cu medicul meu asupra acestor amănunte.)

- Mă voi comporta amabil cu cel puțin 5 persoane în fiecare zi pentru a evita să fiu respinsă de către acestea și voi adopta o atitudine extravertită.

- Mă voi documenta mai mult și voi practica hobby-ul meu preferat.

- Voi lua medicamentele prescrise de medic.

- Le voi spune celorlalți că o să mă fac bine.

În astfel de cazuri, Handley și Neff (1985) recomandă ca vizualizarea să fie făcută cu cât mai multe detalii, cât mai precise. De asemenea, ei sfătuiesc pacientul să evite să-și activeze expectațiile legate de faptul că va mai trăi încă mult timp pe pământ, stabilindu-și scopuri de lungă durată care presupun realizarea unor lucruri interesante și folositoare celorlalți. Să nu uităm cunoscutele cuvinte ale lui Isus: „Credința te-a vindecat” sau „Dacă ați avea credința cât o boabă de muștar, ați spune muntelui acesta să se miște și el se va mișca”.

6 Program pentru abandonarea consumului excesiv de alcool (Handley și Neff, 1985)

Scopul stabilit: „Mă simt perfect fericit fără să consum băuturi alcoolice”.

Vizualizarea (în autohipnoză):

1. Mă văd sănătos și relaxat.
2. Mă văd îndepărtând niște cătușe care îmi imobilizează mâinile și picioarele legate.
3. Îmi vizualizez arterele și venele pline de sânge roșu, curat, „liber” de chimicale.
4. Îmi văd creierul ca și cum ar fi o mașină cu multe pistoane care funcționează în armonie perfectă. Fiecare piston lucrează la timpul potrivit, ajutându-mă să gândesc clar și eficient.
5. Mă văd la o petrecere desenând un X peste paharele cu băuturi care mi se oferă.

6. Mă văd la altă petrecere mulțumit, vesel și destins, fără să beau nimic.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):

- Devin pe zi ce trece tot mai sănătos, fără alcool sau droguri.
- Îmi place cum funcționează corpul și mintea mea fără chimicale.
- Sunt liber de orice dorință de a consuma alcool sau medicamente neprescrise de medic.
- Mă bucur că mă voi distra la petreceri fără să beau alcool.

Restructurarea cognitivă

- Înlăturarea modului de gândire „albul e negru”: „Voi înceta să-mi spun că nu pot să mă bucur de viață fără alcool sau droguri. Prevăd că voi obține un succes total în încercarea mea de a mă lăsa de băutură”.
- Oprirea fanteziilor cu conținut cognitiv: „Îmi voi aminti mereu că sunt liber să aleg calea pe care o doresc; deși înainte am folosit alcoolul pentru a scăpa de stările proaste, acum am decis să fac față acestor stări, să le abordez într-un mod constructiv”.

Modificări în plan comportamental:

- Ori de câte ori mi se va oferi ceva de băut, voi refuza.
- Voi spune tuturor cunoscuților și rudelor că m-am lăsat de băutură.
- Voi înlocui deprinderea greșită cu un program de exerciții fizice care să mă relaxeze și să mă mențină în formă.
- Îmi voi planifica modul în care mă voi comporta la o petrecere fără să depind de alcool. Voi căuta mai curând să fiu amabil și interesat de alții decât să fac impresie bună cu orice preț.
- Îmi voi nota cu regularitate succesele, le voi revedea frecvent și mă voi recompensa pentru ele.

Pentru ca programele propuse să aibă efect, este indicat ca după învățarea relaxării și autohipnozei acestea să fie practicate zilnic (sau chiar de mai multe ori pe zi, în cazurile mai serioase) până la eliminarea problemei care deranjează.

VI Hipnoanaliza

Pentru a surprinde esența demersului hipnoanalitic vom prezenta o străveche povestire orientală preluată de la Hawkins (2006, p. 90):

„Doi călugări aflați în călătorie au ajuns la malul unui râu de munte ale cărui ape se umflaseră din cauza ploilor abundente și rupseseră puntea. Odată cu cei doi călugări la mal a apărut și o tânără fată care trebuia să traverseze râul pentru a-și îngriji mama bolnavă. Deoarece fata se temea să traverseze râul, unul dintre călugări s-a oferit să o ia în spate și să o treacă pe malul celălalt, ceea ce s-a și întâmplat. Odată ajunși pe celălalt mal, fata a plecat pe drumul său, iar călugării și-au continuat și ei călătoria.

La un moment dat, călugărul celălalt, care nu ajutase fata, și-a întrebat tovarășul de drum de ce a procedat astfel, cunoscut fiind faptul că slujitorii domnului din mănăstiri nu au voie să aibă de-a face cu femei. Călugărul care purtase fata în spate s-a mirat și a replicat: «Eu am lăsat fata pe mal dimineață și nu înțeleg de ce tu o mai porți și acum pe umerii tăi»”.

1. Strategiile hipnoanalizei

• *Descărcarea sau catharsisul (abreacția)*

Atunci când clienții accesează sau trăiesc experiențe de tip traumatic, adesea se produce un fenomen de catharsis care implică declanșarea unor imagini, senzații și stări emoționale puternice, unele greu de verbalizat. Acest fenomen este considerat de către terapeuții de orientare psihodinamică un important factor terapeutic.

Aceștia din urmă vor observa semnele exterioare ale catharsisului pe care le trăiește clientul lor: tremor, transpirații abundente, plâns, dificultăți de respirație sau de deglutiție și vor încuraja descărcarea stărilor de tensiune acumulate prin intermediul unor tehnici specifice, hipnoanaliza fiind una dintre acestea.

Uneori, în timpul unor experiențe regresive spontane clientul poate pierde în mod temporar contactul cu mediul înconjurător, precum și capacitatea de comunicare verbală, din cauza faptului că re trăiește plenar respectivele experiențe. De regulă, este indicat ca terapeutul să evite astfel de situații din care nu se câștigă nimic și să dirijeze corect demersul regresiv. Dacă totuși aceste experiențe se produc, terapeutul va încuraja clientul să trăiască stările respective, îl va susține emoțional și îl va readuce ușor „aici și acum”, administrând sugestiile la timpul prezent.

Obiectivul terapeutului va fi ajutarea clientului să acceseze și să re trăiască psihotraumele trecute într-o manieră controlată pentru a ajunge la un „insight” (iluminare) referitor la natura problemelor sale. Acest obiectiv va fi atins dacă terapeutul va înlătura rezistențele clientului, va rămâne în contact permanent cu acesta și va utiliza strategii adevărate.

Prezentăm mai jos câteva metode de încurajare și control al catharsisului (Hawkins, 2006, pp. 93–94):

„E bine așa... lasă toate emoțiile tale să iasă la iveală... să iasă la suprafață... să curgă la fel ca un șuvoi de apă în timp ce tu inspiri și expiri profund... adânc... și odată cu fiecare expirație îți lași toate stările emoționale neexprimate să iasă la suprafață, să se împrăstie în aer..., iar dacă simți nevoia să faci vreo mișcare, lasă corpul tău să se miște în voie, așa cum dorește, în mod spontan... și dacă dorești ca vorbele tale să însoțească sentimentele, trăirile, gesturile... lasă acele cuvinte să fie exprimate... și odată cu acestea toate necazurile, frustrările, nemulțumirile tale vor ieși la suprafață, se vor risipi, iar tu vei învăța din acele experiențe care vor înceta să te mai tulbure. Vei fi surprins să observi că ai învățat ceva din ele, ai învățat la nivel inconștient, în plan emoțional și somatic... și te vei întreba poate de unde știi toate acele lucruri... aceasta se va întâmpla chiar acum sau poate mai târziu la nivel conștient sau inconștient, în timpul somnului de noapte sau poate săptămâna viitoare...”

Catharsisul poate fi provocat și prin intermediul unor strategii de imagerie dirijată. Astfel, spre exemplu, clientului i se poate cere să-și

imagineze faptul că se ceartă cu o persoană cu care a avut conflicte sau lovește o stâncă pe care ar dori să o sfărâme pentru a degaja drumul și că, treptat, stâncă se transformă într-o ființă umană care i-a creat cândva probleme.

• Controlul reacției de catharsis

„În timp ce re trăiești experiențele trecute care ți-au provocat suferință, ești conștient de faptul că aceste experiențe nu sunt reale... că toate acele lucruri s-au petrecut cândva... cu mult timp înainte... și poți să înveți ceva din ele... știind că eu sunt aici, împreună cu tine în cabinet astăzi, 18 iulie 2009... și poate că ai dori să-ți imaginezi cum te privești pe un ecran de televizor și devii tot mai relaxat... tot mai liniștit în timp ce te observi din afară trăind acele experiențe... din care înveți multe lucruri pe care le vei putea folosi în viitor atunci când ai nevoie... auzi vocea mea și simți atingerea mâinii mele pe umărul tău drept, inspiri și expiri calm, liniștit... ca de la sine... și acum, odată cu aerul inspirat, lași ochii tăi să se deschidă... fiind pe deplin conștient unde te afli... în ce perioadă a zilei... ce vârstă ai... cine ești tu și ce lucruri bune ți se întâmplă în viață...”

În multe cazuri este necesar ca pacientul să continue procesarea stărilor emoționale trecute pe parcursul mai multor ședințe de psihoterapie, tehnica bazată pe catharsis combinându-se cu alte tehnici de modificare a comportamentului și stabilire de noi obiective. Este important ca terapeutul să-l ghideze pe client să-și interogheze mentalul inconștient dacă mai există și alte lucruri care ar trebui cunoscute pentru a păși în viitor liber de problemele care i-au creat conflicte sau frustrări.

Baker și Nash (2008, p. 440) descriu maniera în care hipnoza facilitează demersul terapeutic din cadrul terapiilor de orientare psihodinamică:

1. Hipnoza poate reprezenta o tehnică auxiliară necesară facilitării unor tehnici terapeutice specifice pentru:
 - Managementul (gestionarea) rezistențelor;
 - Accentuarea sau modificarea reacției transferențiale;
 - Structurarea alianței terapeutice;
 - Modularea intensității reacțiilor afective, mai ales atunci când acestea au un caracter perturbator;
 - Asigurarea unui suport pentru demersul terapeutic și pentru funcționarea Eului clientului;

- Susținerea funcționării specifice a Eului în timpul regresiei de vârstă (repetări în plan imaginativ, imagerie cu caracter gratifiant, delimitarea unor zone intrapsihice);
 - Managementul unor reacții cu caracter disforic sau al unor ruminații interioare, dezadaptative;
 - Facilitează dezvoltările și actualizarea unor amintiri uitate (procesarea terapeutică a viselor, regresia de vârstă, scrisul automat, proiecția);
 - Asigură reducerea și controlul simptomelor prin sugestii specifice și tehnici de tip imaginativ.
2. Dinamica procesului hipnoterapeutic și focalizarea asupra demersului de reducere a simptomelor contribuie la maturizarea Eului clientului și la formarea unei imagini de sine cu caracter adaptativ și realist. Hipnoza contribuie în același timp și la formarea unui climat emoțional sigur și gratifiant.
- Relaxarea oferă subiectului un confort psihic și o stare de siguranță în plan emoțional;
 - Experiența hipnotică reduce discrepanța dintre client în calitate de victimă neajutorată și terapeut care apare ca fiind atotputernic, prin crearea unei atmosfere de echilibru, neutralitate și control realizat în colaborare;
 - Hipnoza contribuie la evocarea unor procese de natură arhaică, primară, procese ce se activează într-o atmosferă suportivă și structurată;
 - Relația transferențială structurată și modulată conduce la reconstrucție și evoluție intrapsihică;
 - Hipnoza facilitează insight-ul și controlul prin intermediul sugestiilor și imaginerii dirijate;
 - Asigură introiecția (interiorizarea) alianței terapeutice care, la rândul ei, contribuie la evoluția și maturizarea Eului subiectului;
 - Contribuie la creșterea sentimentului de autocontrol și direcționare în sens pozitiv a tuturor forțelor motivaționale ale subiectului în vederea maturizării și evoluției personale.
3. Obiectivele specifice ale hipnoterapiei pentru sprijinirea tratamentelor psihologice bazate pe insight (iluminare):
- Suportul Eului: identificarea și accentuarea delimitărilor între diverse instanțe intrapsihice în vederea funcționării adaptative a persoanei;

- Controlul Eului: dezvoltarea și materializarea mecanismelor defensive ale personalității, incluzând diferențierea și modularea afectelor;
- Catharsisul, abreacția și ventilarea unor stări tensionale, conflictuale;
- Neutralizarea: eliberarea unor energii psihice în vederea funcționării adaptative a persoanei;
- Formarea și dezvoltarea capacității de a întreține relații mature, bazate pe intimitate, odată cu rezolvarea conflictelor legate de atașament, separare sau individuație;
- Corectarea unor imagini sau reprezentări deformate referitoare la propria persoană, la cei din jur sau la realitățile externe pentru eliminarea comportamentelor repetitive cu caracter distructiv cauzate de aceste distorsiuni;
- Internalizarea unor reprezentări corecte și gratifiante ale lumii și propriei persoane;
- Optimizarea unor procese cu caracter reglator (reglarea afectelor);
- Câștigarea autonomiei, a independenței și a autocontrolului;
- Integrarea în plan interior a rezultatelor insight-ului (iluminării), a schimbărilor terapeutice, fapt ce va avea ca efect maturizarea, evoluția și dezvoltarea creativității subiectului.

2. Caracterizarea generală și metodele hipnoanalizei

În multe afecțiuni nevrotice sau psihosomatice, simptomul se manifestă ca o reacție de apărare a Eului pacientului împotriva unor conflicte mai profunde sau mai superficiale.

Diversele simptome (reacțiile de vomă, alergiile, atacurile de astm etc.) reprezintă mesaje ale organismului, prin care acesta comunică faptul că ceva nu e în regulă cu el, cerând în mod inconștient ajutor. Anumite expresii utilizate de pacienți sunt, de fapt, indicatori-simboli ai conflictelor psihologice care stau la baza îmbolnăvirilor. Astfel, expresia „mi se face silă de pisălogeala ta” se poate traduce, în plan somatic, printr-o reacție de vomă.

O mare cantitate de agresivitate sau frustrare care nu e exprimată verbal, se poate manifesta sub forma unor simptome. Medicii au con-

statat că persoanele care nu se ceartă niciodată își exprimă frecvent nemulțumirea prin simptome corporale. Este cunoscut faptul că artritele reumatoide apar la persoanele care au acumulat o cantitate mare de nemulțumire refulată, în timp ce insomnia poate ascunde o teamă inconștientă de moarte, iar în cazul colitelor ulceroase, psihosomaticienii spun că pacientul se „roade pe dinăuntru” din cauza eforturilor pe care le face pentru a scăpa de problema sa.

Dacă psihotraumele și conflictele mai recente și mai superficiale pot fi abordate prin simpla hipnoterapie centrată exclusiv pe simptom, în cazul conflictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care vizează descoperirea acestor conflicte, a reacțiilor emoționale asociate, terapia încheindu-se cu ajutarea pacientului să le cunoască și să le facă față.

O astfel de abordare se realizează prin intermediul hipnoanalizei, care îmbină tehnicile de hipnoză cu unele metode specifice psihanalizei. Hipnoanaliza utilizează aceleași tehnici de inducție și adâncire a transei hipnotice, după care recurge la procedee specifice psihanalizei. Hipnoanaliza are, față de psihanaliză, avantajul că reprezintă o psihoterapie de scurtă durată. Ea îl ajută pe pacient să se elibereze de simptomele de care dorește să scape, contribuind totodată și la restructurarea mai profundă a personalității acestuia prin accesul la anumite zone ale inconștientului, unde s-au structurat conflictele generatoare de simptome. Hipnoza, prin atenuarea rezistențelor la psihoterapie, scurtează durata tratamentului comparativ cu psihanaliza clasică. În medie, cura hipnoanalitică totalizează 20 de ședințe, ceea ce înseamnă relativ puțin, comparativ cu o cură psihanalitică ce durează 2–3 ani. Diferența esențială față de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămâne pasiv până când rezistențele pacientului cedează, ci le atacă frontal, înainte ca acestea să compromită succesul psihoterapiei sau, în unele situații, ignoră această rezistență. Singurul criteriu de selecție a pacienților pentru hipnoanaliză este gradul lor de hipnotizabilitate.

Cu cât se obține o transă mai profundă, cu atât hipnoanaliza are șanse mai mari, pacientul accesând mai ușor amintiri și conflicte uitate din trecutul său, care îi produc simptome nevrotice sau psihosomatice. O transă mai profundă facilitează și producerea amneziei post-hipnotice, care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, ce vor fi aduse în planul conștiinței abia atunci când acesta se va simți suficient de puternic ca să le facă față.

Wolberg consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

- reducerea simptomelor;
- revenirea la nivelul de funcționare psihică de dinainte de îmbolnăvire;
- înțelegerea de către pacient a naturii factorilor care au favorizat îmbolnăvirea;
- recunoașterea de către pacient a unor perturbări ale personalității care îl împiedică să se adapteze în mod eficient la mediu;
- conștientizarea modului în care se produc simptomele (psihice și somatice), structurate pe baza experiențelor psihotraumatizante trecute și a condiționărilor din copilărie;
- recunoașterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute și boala prezentă.

Hartland (1975) consideră că hipnoanaliza prezintă două etape principale:

- a) analitică — se referă la descoperirea de către pacient a conflictelor inconștiente care sunt generatoare de simptome.
- b) sintetică — prin intermediul insight-ului și al reeducării, pacientul este ajutat să-și elaboreze noi deprinderi de gândire și noi modele de comportament și, în consecință, să-și reconstruiască încrederea în sine, în capacitatea sa de autocontrol și de a face față existenței așa cum este ea.

Hipnoanaliza reprezintă deci o modalitate prin care terapeutul se adresează Eului inconștient al pacientului; acest demers se realizează mai direct și mai rapid în comparație cu psihanaliza.

Psihanaliza clasică utilizează patru tehnici de descoperire a conflictelor inconștiente, toate acestea putând fi aplicate și în cazul hipnoanalizei:

- 1) tehnica asociațiilor libere;
- 2) interpretarea rezistențelor și a mecanismelor de apărare;
- 3) analiza transferului;
- 4) interpretarea viselor.

1) Asociațiile libere

Tehnica este asemănătoare cu cea a psihanalizei clasice, diferența constând în aceea că în hipnoanaliză demersul are loc în transa

hipnotică, iar procesul asociativ apare mai frecvent sub forma imaginării. Pacientul e încurajat să ia act de diversele imagini, gânduri, asociații care îi trec prin minte, indiferent dacă legăturile dintre ele i se par logice sau nu. Însăși inducția hipnotică va înlătura unele rezistențe la asociația liberă. Asociațiile se realizează mai ușor în hipnoză și adesea o singură ședință va furniza mai multe informații decât câteva ședințe în stare de veghe.

Transa medie este, de regulă, suficientă pentru ca pacientul să furnizeze un material semnificativ psihoterapeuticului. Hipnoanalistul trebuie să asculte în mod pasiv și să evite întreruperea fluxului normal al asociațiilor pacientului (care vorbește liber), notând ce spune și cum se exprimă acesta. Dacă el remarcă ceva deosebit, trebuie să-l interogheze pe pacient în legătură cu problema neclară, direcționând fluxul asociațiilor acestuia pe canalul dorit. Dacă pacientul se blochează, terapeutul pune mâna pe fruntea acestuia și comandă:

„Voi număra până la 5 și când voi ajunge cu numărătoarea până la 5, îți va veni în minte cuvântul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte” (Hartland, 1978).

2) Mecanisme de apărare și rezistențele

În psihanaliză, terapeutul interpretează rezistențele pacientului. De pildă, când pacientul întârzie, terapeutul îi dezvăluie ce se ascunde în spatele întârzierii: un mecanism de apărare a Eului: întârziind, pacientul încearcă să evite să se ocupe de problemele sale timp de 50 de minute sau, când întârzie frecvent, el poate dori în mod inconștient să-și provoace terapeutul să-l dea afară. Psihanalistul interpretează aceste fenomene pentru pacient. Hipnoanalistul interpretează aceste mecanisme în același fel. Dar în hipnoză pacientul este mai vulnerabil, și aceste rezistențe trebuie manevrate cu mai multă grijă, blândețe și respect față de client. Este interzisă atacarea lor prea rapidă. De pildă, un student la arte plastice a venit la hipnoanaliză pentru că nu era capabil să-și termine lucrarea de diplomă și nu știa dacă este sau nu homosexual, neavând curajul să se apropie nici de bărbați, nici de femei. Când a fost aplicată pentru prima dată tehnica teatrului interior, pacientul a spus în stare de hipnoză că s-a defectat frânghia care trebuie să tragă cortina (de două ori). Apoi a văzut o nouă cortină metalică ce bloca vederea pe scena imaginară. În această situație, terape-

utul a sistat temporar încercarea, reluând-o abia după o lună de terapie. Acum, tehnica a putut fi aplicată, pacientul văzând pe scena imaginară un bătrân care agresa sexual un băiat. Această scenă a readus în conștientul subiectului amintirea terifiantă din copilărie când acesta dormise în pat cu bunicul său, și bătrânul încercase să abuzeze sexual de el. Astfel, pacientul a ajuns să conștientizeze sursa temerilor sale de natură homosexuală (Erik Fromm, 1984).

În hipnoanaliză, interpretarea rezistențelor nu este neapărat atât de riguroasă ca în psihanaliză. Uneori, hipnoanalistul interpretează rezistențele, dar sunt și situații în care terapeutul observă rezistențele și le trece sub tăcere. El caută acele strategii terapeutice menite să facă rezistențele inutile. Numai atunci când aceste strategii dau greș, terapeutul atrage atenția pacientului asupra existenței rezistențelor. Analiza rezistențelor nu mai reprezintă o piatră unghiulară ca în psihanaliză, mai ales datorită faptului că una dintre caracteristicile subiectului hipnotic este aceea de a coopera cu terapeutul, ceea ce face ca rezistențele să se manifeste mai puțin decât în stare de veghe.

3) Analiza transferului

a) Transferul de tip infantil

Situația hipnotică în sine tinde să favorizeze transferul de tip infantil, mai ales în fază incipientă. Pacientul vine la hipnoterapie și așteaptă ca terapeutul să aibă grijă de el, să-i rezolve problemele în timp ce el „doarme”. De fapt, pacientul vrea să fie dependent, considerându-l pe terapeut ca pe un părinte omniscient și omnipotent. Sentimentele legate de transfer sunt nerealiste și exagerate, el dorind ca terapeutul să ia deciziile în locul său, așa cum au făcut părinții — tata sau mama — în copilăria sa.

b) Transferul de tip oedipian

Așa cum complexul Oedip are două laturi — dorința de a întreține relații sexuale cu părintele de sex opus și dorința de a-și adjudeca obiectul dragostei în competiție cu părintele de același sex, de a cărui răzbunare subiectul se teme —, și în hipnoză acest complex îmbracă două forme: seducția și competiția cu dorința de moarte a concurenților. În hipnoanaliză, aceste sentimente arhaice sunt transferate

asupra persoanei hipnoterapeutului. Sentimentele respective pot îmbrăca diverse forme:

O pacientă poate avea fantezii legate de faptul că hipnotizatorul o ține în brațe, face dragoste cu ea, iar altă pacientă poate acuza nejustificat terapeutul că a agresat-o sexual în timp ce se afla în hipnoză (aceasta din urmă se răzbună în mod inconștient pe terapeut — figura tatălui — pentru că nu a sedus-o).

c) *Transferul de tip fratern*

Adesea, pacientul dezvoltă în hipnoză o trăire de tip rivalitate fraternă. Fromm (1968) relatează cazul unei paciente care nu putea intra decât într-o transă ușoară în cabinetul terapeutului. Această pacientă l-a rugat s-o învețe autohipnoza. Ulterior, pacienta a relatat că acasă, practicând autohipnoza, putea atinge o transă mult mai profundă. La o analiză mai atentă, a fost evidențiat un sentiment de rivalitate fraternă: „Eu pot să fac asta mai bine decât o faci tu”. Problema se pune dacă este cazul să interpretăm rivalitatea fraternă a pacientului aflat în hipnoză. Majoritatea terapeuților consideră că e mai util să nu o facem, pentru că pacientul se va simți jenat și culpabil. Dacă în psihanaliză se analizează în detaliu toate componentele transferului, în hipnoanaliză e mai bine să nu conștientizăm chiar fiecare sentiment inconștient care se manifestă (Fromm, 1968).

Specialiștii consideră că este mai constructiv să utilizăm sentimentele legate de situația transferențială decât să le analizăm cu orice preț. De pildă, Erik Fromm laudă pacienta aflată în heterohipnoză pentru succesele obținute de ea în autohipnoză. Terapeutul îi spune că este foarte fericit că ea a învățat să se ajute singură, intrând în transă prin autoinducție. Terapeutul îi sugerează, de asemenea, în heterohipnoză că ea va intra într-o transă din ce în ce mai profundă prin autohipnoză și că, în această situație, îi vor reveni în minte tot felul de amintiri și imagini care vor arunca o lumină nouă asupra problemelor sale. Aceste imagini vor furniza un material tot mai bogat pentru viitoarea ședință de hipnoanaliză.

4) **Analiza viselor**

După cum am mai arătat, Freud (1953) a denumit visele nocturne „calea regală spre inconștient”.

Din punct de vedere psihanalitic, visul este considerat o încercare a Eului de rezolvare a problemelor inconștiente ale subiecților. Froch și Fromm (1964) au arătat că visul reprezintă o reacție la un conflict, precum și o expresie a unui conflict de natură inconștientă. Ori ce vis nu este altceva decât o încercare mai mult sau mai puțin izbită de a rezolva conflictul.

Psihanalistul sau hipnoterapeutul care încearcă să interpreteze un vis se află în situația unui cercetător care se străduiește să descifreze hieroglifile dintr-un text. Psihanalistul trebuie să aștepte uneori câte o săptămână pentru ca pacientul să-și relateze visele. În același timp, psihanalistul clasic se confruntă mereu cu problema că marea majoritate a conținutului viselor — chiar și al celor pe care pacientul și le amintește — a fost refutat, uitat, reprimat.

În schimb, hipnoza pune la dispoziție o serie de mijloace care facilitează și optimizează lucrul asupra viselor. Astfel:

- Hipnoanalistul are posibilitatea să provoace visele în timpul ședinței de hipnoză. Aceste vise pot fi relatate imediat de către pacient.
- Hipnoterapeutul îi poate sugera pacientului că are „un vis legat de o problemă anume sau de un conflict” pe care vor încerca să-l rezolve împreună.
- Dacă pacientul nu a ajuns la o soluție prin intermediul visului, hipnoterapeutul îi poate sugera că el revisează visul și încearcă să se confrunte încă o dată cu problema sa într-o manieră diferită și la un nivel diferit. Terapeutul poate să-l încurajeze pe pacient, sugerându-i că va găsi o soluție mai bună dacă va încerca să reviseze visul (Sacerdota, 1967).
- De asemenea, terapeutul îi poate sugera pacientului că este capabil să înțeleagă semnificațiile și simbolismul propriilor vise din ce în ce mai bine, pe măsură ce trece timpul. Hipnoanalistul dispune și de mecanismul sugestiei posthipnotice. Astfel, el îi poate sugera pacientului că va visa o serie de vise importante, semnificative pentru problematica sa. Se poate sugera că, deși este posibil ca aceste vise să fie uitate, ele vor reveni în conștiința pacientului imediat ce acesta va intra în cabinetul psihoterapeutului. Astfel, terapeutul poate explora și interpreta împreună cu pacientul său întreg conținutul viselor. În felul acesta se analizează vise complete și nu doar fragmente pe care eventual și le amintește pacientul. Adesea, în timpul ședinței de

hipnoanaliză, când i se dă pacientului sugestia să viseze, acesta poate reproduce în mod spontan un vis nocturn semnificativ, care fusese refutat. În același timp, el poate relatea un vis diurn care are semnificații psihologice interpretabile.

Hipnoanaliza mai are și alte avantaje comparativ cu psihanaliza clasică. Astfel, atunci când pacientul se află în hipnoză, mai ales într-o hipnoză profundă, terapeutul se poate adresa direct inconștientului lui prin utilizarea unor tehnici specifice, dintre care amintim tehnica imaginației dirijate sau regresia de vârstă. În astfel de situații, inconștientul pacientului poate furniza răspunsuri nemijlocite. Datorită acestui fapt, hipnoza poate aduce îmbunătățiri rapide în comportamentul pacienților. Tehnica hipnoanalitică se utilizează pentru descoperirea și interpretarea conflictelor inconștiente. De îndată ce terapeutul identifică un conflict de natură inconștientă, el trebuie să-l ajute pe subiect să-l rezolve. În același timp, hipnoanalistul îl va ghida pe pacient în așa fel încât să vadă care este sursa luptelor sale interne și să-și poată reorganiza mecanismele personalității pentru a ajunge la o formulă de viață productivă și plăcută.

Scopul final al hipnoanalizei este facilitarea maturizării și a creșterii psihice a pacientului. În afara asociațiilor libere și a analizei viselor, hipnoanaliza utilizează și alte tehnici cum ar fi:

- *Tehnica imaginației dirijate (Fromm, 1984)*

Psihanalistul Heinz Hartmann (1958) sublinia faptul că există două feluri de imaginație:

- a) imaginația simbolică, reprezentând o strategie cognitivă a Eului inconștient;
- b) imaginația de testare a realității, menită să asigure planificarea viitoarelor situații cu care este confruntat subiectul (ce va face sau ce va spune subiectul într-o situație dificilă).

Hipnoterapeutul utilizează ambele tipuri de imaginație. Astfel, el recurge la imaginarea de tip simbolic atunci când dorește, de pildă, să simbolizeze procesul evoluției pacientului de la boală spre starea de sănătate printr-un râu tumultuos pe care pacientul trebuie să-l traverseze sau printr-un munte pe care acesta urmează să-l escaladeze. Imaginarea, care are drept scop testarea realității, poate fi utilizată, de pildă, atunci când avem de-a face cu o fobie cum ar fi fobia zborului cu avionul. Hipnoterapeutul poate descrie pacientului treaptă cu treaptă drumul său spre aeroport, intrarea în aeroport, predarea

bagajelor, trecerea pe la organele de control ale aeroportului, îmbarcarea, călătoria cu avionul, în timpul căreia subiectul își imaginează că citește o carte atât de interesantă, încât ignoră disconfortul zborului.

Apelând la antrenamentul mintal al unor situații psihotraumatizante în stare de hipnoză, terapeutul îl poate ajuta pe pacient să obțină un bun control asupra realității. Prin hipnoterapie, pacientul ajunge să transfere sentimentul de succes din cadrul unor situații imaginare asupra unor situații reale (Frankl, 1976).

Un alt concept utilizat în cadrul hipnoanalizei este cel de „eu ideal”. Psihologia psihanalitică face diferența dintre Supraeu și Eu. Supraeul stabilește norme/granițe/limite, în timp ce Eul ideal fixează scopuri (Stolar și Fromm, 1975).

Eul ideal reprezintă ceea ce un individ dorește sau visează să devină. Dacă cineva nu-și atinge nivelul de aspirații, el trăiește sentimente de jenă și culpabilitate pentru că nu a ajuns atât de competent și atât de perfect cât și-ar fi dorit. Hipnoanalistul îl poate ajuta pe pacient să evoce Eul ideal la ședința de terapie ca și cum acesta ar fi real. De pildă, poate sugera pacientului că un individ care arată exact ca el intră în încăpere, se așază pe un alt fotoliu și povestește cum a făcut el față în mod eficient și competent acelor situații care îl preocupă pe pacient. În continuare, se poate sugera că pacientul se contopește cu acel personaj eficient.

Tehnici avansate ale hipnoanalizei (Hartland, 1979)

- *Tehnica scrisului automat*

Se pune un creion în mâna pacientului aflat în transă și i se sugerează că mâna și brațul său sunt complet detașate de corp și nu-i aparțin. I se sugerează apoi să scrie fără să-și dea seama de ceea ce scrie.

Textul este adesea indescifrabil (fraze incomplete, litere fragmentate etc.). Dacă pacientul poate deschide ochii fără să-și întrerupă tranșa, el va fi solicitat să scrie corect, utilizând tehnica scrisului automat. Dacă acesta nu poate deschide ochii fără să se trezească, i se poate sugera că sensul cuvintelor scrise de el i se va clarifica după ce se va trezi. Această sugestie duce la eliminarea dificultăților de interpretare a materialului. Deși primele încercări pot eșua, prin antrenament subiectul ajunge să stăpânească tehnica. Mulți pacienți o pot utiliza

în transă ușoară, dezavantajul acestora constând în faptul că ei n-au posibilitatea să surprindă semnificația ascunsă a ceea ce au vrut să comunice, așa cum se întâmplă cu cei aflați în transă profundă. Acest dezavantaj se explică prin accesul mai limitat la zonele profunde ale psihismului în transă ușoară.

• *Desenul hipnotic*

Rezultate bune se obțin numai în măsura în care pacientul atinge o stare de transă profundă, de tip somnambulic, fiind în stare să deschidă ochii fără să se trezească.

Pacientul poate fi instruit să deseneze ce dorește sau i se poate sugera ce să deseneze (frecvent, tematica desenului izvorăște din informațiile cuprinse în asociațiile libere). În desen, pacientul reflectă uneori atitudinea sa inconștientă față de familie și chiar față de terapeut, în unele cazuri el poate fi solicitat să-și illustreze visele sau trăirile care îl domină. Tehnica dă rezultate dacă este combinată cu regresia de vârstă când pacientul, regresat, își ilustrează mai ușor decât la vârsta adultă atitudinile și sentimentele.

• *Terapia prin joc*

Și în acest caz pacientul trebuie să fie capabil să deschidă ochii fără a ieși din transă. Numeroase rezistențe manifestate de adulți față de această terapie sunt înlăturate în stare de hipnoză. De îndată ce pacientul aflat în hipnoză își dă seama că nu trebuie să aștepte pasiv indicațiile terapeutului, el se joacă cu multă plăcere pentru a exprima agresivitatea și gelozia inconștiente față de părinți, frați sau alte persoane. Materialul constă în păpuși ce reprezintă un bărbat și o femeie, un bătrân și o bătrână, un băiat și o fetiță de circa 10 ani, un băiat și o fetiță de 4 ani și un bebeluș. Sunt prezente, de asemenea, animale, mobilier, un pat mare, tren, mașini, arme, soldați, precum și hârtie, creioane și plastilină. Pacientului i se spune să construiască și să se joace cum îi place, dar să povestescă ceea ce face. Uneori, terapeutul alege ceea ce trebuie făcut pe baza materialului obținut din asociațiile libere. Dacă terapeutul a sesizat conflictele esențiale din viața pacientului, ulterior el îl va regresa la acea vârstă.

• *Tehnica dramatică*

În hipnoza profundă, rezistențele la dramatizare sunt înlăturate. Pacientul este instruit să reproducă, în stare de hipnoză, incidentele

dramatice din cursul existenței sale și să re trăiască în plan emoțional situațiile și experiențele anterioare. În transă profundă, el face acest lucru cu atâta forță de sugestie ca și cum ar re trăi cu adevărat experiența respectivă. Adesea, experiența este atât de intensă, încât se produce o adevărată abreacție (descărcare). Cel mai dramatic exemplu de abreacție apare în tratamentul nevrozelor de război, când pacientul trăiește atât de puternic situația, încât mimează chiar mitraliera inamicilor. Dacă tehnica e combinată cu regresia de vârstă, ea devine și mai eficientă. Terapeutul poate asista pasiv la scenă, dar uneori este necesar ca el să intervină, accentuând una sau alta dintre caracteristicile situației respective. Tehnica se dovedește deosebit de utilă, mai ales pentru exprimarea deschisă a agresivității și a ostilității.

• *Regresia de vârstă în psihoterapia dinamică*

Obiectivul regresiei de vârstă în cadrul hipnoanalizei constă în dirijarea pacientului să re trăiască și să reevalueze, în plan imaginativ, unul sau mai multe evenimente din trecut, evenimente care sunt într-un fel sau altul legate de problema actuală și de soluționarea acesteia. Evenimentul respectiv poate fi unul pe care pacientul și-l poate reaminti parțial și independent de hipnoză sau nu și-l poate aminti deloc în absența regresiei de vârstă. Regresia de vârstă poate fi realizată în mai multe feluri. Hartland (1971) descrie o tehnică directă constând în numărătoarea inversă făcută de terapeut, pornind de la vârsta actuală a pacientului până la vârsta-țintă la care intenționează să-l regreseze.

Există și alte metode, care apelează la utilizarea semnalului ideomotor prin intermediul căruia pacientul comunică prin „da” sau „nu” până când se ajunge la identificarea perioadei de vârstă semnificative pentru procesarea terapeutică sau la elaborarea așa-numitei „punți afective”. Reacția pacientului la aplicarea tehnicii regresiei de vârstă poate fi uneori foarte dramatică și convingătoare, aceasta putând fi însoțită de comportamente, vorbire și chiar de scriere de tip infantil, în cazul regresiei la vârsta copilăriei. De cele mai multe ori însă, regresia nu are un caracter atât de profund, se realizează fără modificări în sfera comportamentului, iar experiențele trecute se relatează la timpul trecut și nu la cel prezent, ca în cazul regresiei „adevărate”.

Acest lucru nu trebuie să-l nemulțumească pe terapeut, deoarece și în asemenea cazuri experiențele pe care și le amintește pacientul

pot avea o valoare terapeutică foarte însemnată. S-a constatat însă, mai ales la subiecții cu un scor mai ridicat de hipnotizabilitate, că dacă terapeutul îi cere pacientului să relateze la timpul prezent („mă aflu acasă la bunici...”) și i se adresează acestuia ca unui copil de vârstă respectivă, pacientul, se va lăsa mai ușor absorbit de jocul imaginativ și va re trăi evenimentele într-un mod mai autentic. Hilgard (1986) relatează chiar faptul că unii indivizi foarte sugestibili pot să regreseze spontan doar în cursul interacțiunii cu terapeutul în cadrul unor jocuri de rol.

Metoda disocierii este utilă mai ales pentru pacienții care manifestă rezistență la re trăirea anumitor perioade critice ale existenței lor, din cauza încărcăturii afectiv-negative asociate cu acestea. Acestor subiecți li se poate sugera să vizualizeze regresia de vârstă pe un ecran TV imaginar, în timp ce ei rămân în stadiul de adult. Această tehnică își propune să-l ajute pe individ să disocieze partea emoțională a amintirilor de conținutul lor cognitiv.

O problemă care a generat multe dispute este aceea a limitei de vârstă până la care poate fi regresată o persoană și a autenticității amintirilor legate de trăirea unor experiențe timpurii, existând posibilitatea ca amintirile respective să nu fie evocate, ci reconstruite. Până la ora actuală, cercetările de psihofiziologie nu au evidențiat nicio zonă corticală responsabilă de redarea fidelă a unor evenimente trecute, drept urmare și amintirile evocate în cursul hipnozei, ca și orice alte amintiri, reprezintă rezultatul unui proces activ și creativ de restructurare, putând fi distorsionate, parțial uitate, suferind interferențe sau fiind afectate de expectații și stări emoționale. Din aceste motive este dificil, dacă nu imposibil, de stabilit o limită de vârstă până la care se poate realiza regresia hipnotică.

Cu toate acestea, terapeuții clinicieni cu experiență nu acceptă materiale produse de subiect în momentul nașterii, în perioada intrauterină sau din viețile anterioare, considerându-le doar producții imaginative. Trebuie subliniat însă faptul că, deși relatările subiecților regresați pot fi inexacte sau chiar fabricate integral de ei, aceasta nu înseamnă că ele nu prezintă interes sub aspect psihoterapeutic, deoarece pot avea o valoare simbolică. Astfel, așa-zisa re trăire a momentului nașterii poate simboliza fie sentimentele pacientului legate de existența sa în lume („mai bine nu m-aș mai fi născut”), fie pe cele de independență față de părinți. Chiar relatările din „viețile anterioare”

se pot referi la elemente semnificative din viața actuală, care sunt prea traumatizante și, din acest motiv, subiectul preferă să le prezinte într-un mod indirect.

Hipnoterapeutul trebuie să fie deosebit de atent pentru a nu interpreta *ad litteram* relatările pacienților aflați în hipnoză cărora li s-a aplicat tehnica regresiei de vârstă. Mai există și alte tehnici hipnoanalitice cu caracter explorator și care sunt ceva mai puțin directive. Una dintre acestea constă în a sugera subiectului aflat în stare de hipnoză să-și imagineze un ecran alb pe care va apărea o imagine ce va pune în evidență o informație importantă legată de problema-simptom, cauzele sale, evoluția și chiar rezolvarea. Această imagine se poate referi la o scenă din trecut, la o persoană semnificativă, la un cuvânt sau la o frază etc. Conținutul mesajului poate fi simbolic, necesitând o anumită prelucrare înainte de a fi descifrat. Ecranul imaginar poate fi cel al unui televizor sau unul de cinematograf, terapeutul sugerându-i pacientului că imaginea semnificativă intră treptat în obiectiv.

O variantă a acestei metode este *tehnica teatrului interior a lui Wolberg* (1964), unde acțiunea se derulează pe o scenă a unui teatru imaginar. În final, se sugerează pacientului că va avea un vis care va fi relevant pentru problema în cauză și pentru soluția acesteia. Se va sugera ca visul să apară imediat după ședința de hipnoză sau înaintea următoarei întâlniri cu terapeutul, caz în care pacientul va fi solicitat să-și noteze visul pentru a-l discuta cu psihoterapeutul. După ce conținutul informațional a fost identificat prin intermediul respectivelor metode, i se va sugera pacientului să-l conștientizeze sub aspectul semnificațiilor ascunse. Pornindu-se de la materialul inițial, se poate continua procesarea terapeutică asupra acestuia prin intermediul altor metode hipnoanalitice cum ar fi, de pildă, metoda asociațiilor libere. În felul acesta, materialul conținut în relatările verbale ale subiectului va fi decodificat gradat, într-o formă simbolică și fragmentată, fapt ce-i va permite acestuia să și-l însușească fără a fi copleșit din punct de vedere emoțional.

• *Tehnica semnalului ideomotor*

Tehnica semnalului sau răspunsului ideomotor a fost pusă la punct de Milton Erickson și reprezintă o procedură terapeutică deosebit de utilă, prin intermediul căreia pacientul îi comunică terapeutului anumite informații care nu pot fi obținute prin intermediul

tehnicii interogării directe. Pacientul va comunica prin intermediul unor mișcări simple, de regulă ridicări ale degetelor, pentru a spune „nu”, „nu știu” sau „nu doresc să răspund”. Astfel de semnale pot fi stabilite solicitând pacientul să se gândească foarte intens la ideea de „da” și, atunci când această concentrare va avea loc, mentalul inconștient va alege degetul de la una dintre mâini, comunicând mesajul prin ridicarea ușoară a degetului respectiv.

După stabilirea semnalelor, terapeutul va începe să-l interogheze pe pacientul aflat în hipnoză, solicitând răspunsuri de „da” sau „nu”. Se presupune că răspunsurile se dau la nivel inconștient, mentalul conștient necunoscând conținutul acestora. Cele mai frecvente tipuri de întrebări sunt următoarele:

„Este problema ta legată de un eveniment care a avut loc în trecut?”

„S-a petrecut acel lucru înainte de 10 ani?” etc.

„Există vreun motiv ca tu să suferi acum pentru cele petrecute atunci?”

„Este acceptabil pentru tine să-ți amintești acel lucru?” etc.

În cazul în care răspunsul la ultima întrebare este negativ, informațiile viitoare vor fi obținute tot cu ajutorul semnalului ideomotor.

• *Puntea afectivă*

Aceasta reprezintă o metodă de regresie elaborată de Watkins (1971) și constă în a sugera pacientului aflat în hipnoză că se va întoarce în timp până în momentul în care o stare emoțională a fost asociată pentru prima oară cu problema sa (de pildă, a trăit o stare de anxietate, furie, a avut un simptom somatic sau un impuls puternic de a da curs unei deprinderi greșite).

Componenta somatică sau emoțională este pusă inițial în evidență solicitându-i-se pacientului să-și reamintească cea mai recentă situație în care a trăit starea respectivă. Apoi i se cere să se concentreze doar asupra stării emoționale (sau experienței somatice), lăsându-o să se intensifice sub influența unor factori diverși. Urmează sugerarea regresiei de vârstă până la prima experiență de acel tip. Regresia se realizează prin utilizarea unor imagini adecvate, menite să faciliteze demersul terapeutic (astfel, pacientului i se cere să-și imagineze că merge în jos, pe un drum sau pe un pod învăluit în ceață, întorcându-se tot mai mult în timp și fiind însoțit doar de starea afectivă evidențiată inițial). Metoda punții afective poate fi utilizată

într-o formă simplificată, înainte sau chiar în timpul inducției hipnotice, atât pentru a evidenția informații semnificative sub aspect terapeutic, cât și pentru a contribui la reducerea rezistențelor subiecților la hipnoterapie.

Pentru exemplificare prezentăm un caz (Heap, 1985).

Doamna D. a fost trimisă la psihoterapie deoarece se temea de întuneric și de spații închise. Terapeutul a decis să utilizeze un demers comportamental, hipnoza fiind aleasă ca metodă de relaxare și de control al anxietății. Pacientei i s-a cerut să închidă ochii și să respire liniștitor, dar mai profund decât de obicei, accentuând procesul expirației și imaginându-și că se „lasă dusă” odată cu aerul care iese din plămâni. În continuare, i s-a cerut să-și concentreze atenția asupra unor senzații corporale și să permită oricărui sentiment sau gând să-i pătrundă în minte imediat ce apărea.

La scurt timp după aceste instrucțiuni, terapeutul a constatat la pacientă tremurul pleoapelor, precum și o stare de încordare în zona frunții. Aceste observații au fost confirmate de pacientă. Terapeutul i-a cerut să se concentreze doar asupra respectivelor senzații, excluzând din minte orice altceva și lăsând corpul să se relaxeze cât se poate de mult. I-a sugerat apoi să-și imagineze că senzațiile și stările respective devin tot mai intense. Pacienta a fost întrebată dacă asociază senzațiile respective cu vreo emoție oarecare, moment în care aceasta a început să plângă și a spus: „Simt că nu ar fi trebuit să mă aflu aici. Nu cred că merit atenția dumneavoastră deoarece sunt mulți oameni mai bolnavi decât mine”. Demersul psihoterapeutic a continuat, pacienta fiind instruită să se concentreze asupra sentimentului respectiv și să-și imagineze cum acesta se amplifică. Terapeutul i-a adresat apoi întrebarea dacă poate lega sentimentul respectiv de vreo experiență din viața ei, la care pacienta a început să plângă spunând că niciodată nu a putut să-i împărtășească mamei sale vreo problemă, mama sa fiind o femeie aspră care a făcut-o permanent să se simtă vinovată și lipsită de valoare.

În continuare, terapeutul a aplicat metoda asociațiilor libere pentru a o determina pe pacientă să evoce mai multe amintiri legate de problema respectivă. După aplicarea tehnicilor descrise mai sus, a fost utilizată o tehnică tradițională de adâncire a transei, urmată de sugestii de relaxare și control al anxietății. Avantajul de a sprijini demersul hipnoterapeutic pe componente emoționale și somatice constă în aceea că informațiile obținute de la pacienți sunt mai puțin distorsionate de

tendențele acestuia spre intelectualizare sau de a se conforma dorințelor și solicitărilor psihoterapeutului.

În cazul prezentat mai sus, materialul obținut nu este neapărat de importanță capitală pentru demersul terapeutic în ansamblu, dar evidențierea acestor informații a avut o anumită influență asupra pacienței, contribuind la reducerea rezistențelor ei la hipnoză.

3. Tehnici de reevaluare și soluționare de probleme

Descoperirea amintirilor psihotraumatizante uitate reprezintă și un instrument al promovării schimbării terapeutice. Astfel, pacienții pot deveni conștienți de felul în care modalitățile lor habituale de răspuns din trecut le creează probleme în prezent, aceștia solicitând sprijinul terapeutului pentru reevaluarea amintirilor semnificative.

Gibson și Heap (1991) descriu următoarele metode hipnoanalitice de reevaluare și rezolvare a conflictelor.

• Abreacția

Este evident pentru oricine faptul că descărcarea unei emoții poate avea un puternic efect terapeutic. În majoritatea demersurilor terapeutice, pacienții sunt încurajați să-și exprime în mod deschis sentimentele, deși în unele situații acest lucru se produce chiar în mod spontan, ca în cazul regresiei de vârstă sugerată în hipnoză. Astfel, nu de puține ori pacienții regresați au descărcări emoționale deosebit de puternice atunci când se confruntă cu anumite amintiri psihotraumatizante. În cazul în care acest lucru nu se produce, terapeutul trebuie să le sugereze să se concentreze asupra oricărei stări afective care are legătură cu materialul explorat în cursul terapiei.

Hipnoterapeutul le poate cere să se concentreze asupra oricărei senzații, cum ar fi, de pildă, accelerarea ritmului respirator sau o încordare musculară într-o anumită zonă a corpului. În continuare, acesta va adresa pacientului întrebări cu caracter explorator, pentru a pune în evidență stările afective care se ascund în spatele senzațiilor corporale. (Astfel de întrebări pot fi: „Cu ce anume asociezi tensiunea și încordarea din zona cefei?” etc.) Demersul psihoterapeutic va fi continuat prin întrebări menite să dirijeze în continua-

re pacientul în analizarea propriilor conflicte nerezolvate. („Ce crezi că ar trebui să faci mai departe?”) În cazul în care pacientul își reamintește un incident în care a fost provocat de unul dintre părinții săi, dar nu și-a „dat voie” să fie furios, terapeutul îl va ajuta să re trăiască scena și să-și exprime sentimentele într-o manieră acceptabilă.

Astfel de metode trebuie aplicate cu mare grijă la pacienții depresivi, deoarece aceștia pot părăsi ședința de psihoterapie sub impresia amintirilor triste, ceea ce comportă riscul punerii în aplicare a unor idei suicidare. Ca în orice sistem psihoterapeutic, mesajul transmis de către hipnoterapeut într-un mod calm și empatic este că pacientul are tot dreptul să-și exprime emoțiile fără a-și pierde demnitatea și fără să trebuiască să simtă rușine sau vinovăție.

Dacă acest obiectiv este atins în urma aplicării metodei abreacției, pacientul va începe să se simtă mai securizat atunci când va fi pus în situația de a-și exprima anumite stări afective, deși procesarea terapeutică nu se încheie aici. Astfel, descărcarea unei reacții emoționale de agresivitate față de părinți poate facilita învățarea comportamentului asertiv față de figuri investite cu autoritate în situația prezentă în care se află pacientul, acest lucru reprezentând însă doar baza pe care se va construi psihoterapia asertivă viitoare. Un alt avantaj al utilizării tehnicii abreacției constă în schimbarea atitudinii pacientului față de sine însuși, acesta transformându-se dintr-o persoană care nu poate plânge într-una capabilă să realizeze acest lucru. Metoda abreacției, deși se referă la experiențele emoționale din trecut, îl ajută pe subiect să facă față stărilor afective prezente.

O problemă care se ridică este în ce măsură conflictele intrapsihice, generatoare de tulburări, se rezolvă mai bine prin metoda abreacției sau prin intermediul unor tehnici cognitive menite să modifice stilul de gândire al pacienților. Beck, Rush, Shaw și Emery (1979) sunt de părere că, deși pacientul se poate simți mai bine în urma unei descărcări emoționale, acest efect nu este de durată, comparativ cu cel al tehnicilor cognitiv-comportamentale. Gibson și Heap (1991) consideră că, în alegerea celor mai adecvate tehnici de hipnoterapie, terapeutul trebuie să țină seama de particularitățile fiecărui caz în parte, unii pacienți reacționând mai bine la abordări de tip cathartic, în timp ce alții preferă demersuri terapeutice mai raționale.

• *Terapia stărilor Eului*

Această tehnică terapeutică are la bază analiza tranzacțională elaborată de Eric Berne (1967). Autorul postulează existența a trei stări ale Eului, stări ce reprezintă diverse instanțe psihice cărora le este specific un anumit mod de gândire, simțire și comportament.

Stările eului, asemănătoare într-o oarecare măsură cu conceptele psihanalitice de Se, Eu și Supraeu, se găsesc în fiecare om, și gradul de armonizare al acestora stă la baza capacității de adaptare și auto-realizare a individului.

Starea de copil a Eului reprezintă rezultatul unor experiențe acumulate de individ în copilărie, starea de părinte — internalizarea comportamentului figurilor parentale, iar starea de adult constituie acea parte a Eului care s-a maturizat ca urmare a interacțiunilor cu lumea, a acumulării cunoștințelor, priceperilor și deprinderilor de viață.

Deși stările Eului sunt considerate de specialiștii în analiza tranzacțională ca fiind entități observabile la nivelul comportamentului manifest al individului, hipnoanaliștii (Gibson și Heap, 1991, p. 87) le consideră doar modele ipotetice pe care se pot sprijini anumite strategii terapeutice. Tehnica propriu-zisă constă în a regresa pacientul aflat în stare de hipnoză la vârsta la care s-a produs psihotrauma, activându-i Eul de copil și dându-i posibilitatea să realizeze o abreacție (descărcare afectivă puternică). Terapeutul va ghida apoi pacientul să realizeze un fel de psihodramă în cadrul căreia Eul său de adult, care posedă toate cunoștințele și resursele acumulate de la producerea psihotraumei, se întoarce în timp și acordă asistență Eului de copil pentru a rezolva conflictele trecute, în așa fel încât acestea să nu-i creeze probleme pacientului.

Prezentăm, pentru exemplificare, un caz clinic. Daniela este o profesoară de treizeci de ani, cu succes în carieră și cu o căsnicie fericită. Problema ei era că în anumite situații, mai ales când trebuia să-și pronunțe numele în public, să citească cu voce tare sau să ceară ceva într-un magazin aglomerat, avea uneori tendința să se bâlbâie ușor. În clasă, Daniela se comporta normal cu elevii. Nici în situațiile menționate ea nu se bâlbâia totdeauna, dar se temea de faptul că i s-ar putea întâmpla acest lucru.

Psihoterapia s-a axat în general pe managementul anxietății. Terapeutul a considerat însă necesară și o oarecare explorare a experien-

țelor timpurii când Danielei i s-a întâmplat pentru prima oară să se bâlbâie. Acesta a indus hipnoza, a adâncit transa și a stabilit cu pacienta modalitatea de răspuns ideomotor pentru „da”, „nu” și „nu știu”. A fost aplicată apoi tehnica „punții afective” pentru a facilita regresia până la perioada experienței critice.

Concentrarea asupra anxietății i-a permis pacientei să-și amintească primul incident când a simțit tensiune psihică și teamă legată de dificultatea ei de vorbire. Pacienta a regresat la vârsta de șapte ani, în prima zi de școală. Ea s-a exprimat la timpul prezent cu o voce infantilă și a spus că o cheamă Dany. În continuare, ea a relatat că se afla în clasă și că învățătoarea le cerea copiilor să-și spună numele și că ea se temea de acest lucru. Terapeutul s-a adresat Eului de adult al Danielei, reamintindu-i faptul că acum ea este o femeie adultă care posedă mult mai multe cunoștințe și abilități decât micuța Dany de șapte ani și că are, la rândul său, un copil pe care știe să-l liniștească atunci când este supărat sau speriat. În plan imaginativ, adulta Daniela a fost instruită să se întoarcă în timp la mica Dany și să-i acorde sprijin și forță pentru a-și putea rezolva problemele și pentru a face față unor situații dificile. Pacienta a fost lăsată până când a comunicat prin intermediul semnalului ideomotor faptul că a realizat ceea ce i se ceruse. Dany cea de șapte ani a fost, la rândul său, întrebată dacă mai dorește ceva de la Daniela cea adultă pentru a se simți bine. Pacienta a emis semnalul ideomotor pentru „nu”. În același timp, ea a răspuns negativ și la întrebarea dacă mai sunt și alte amintiri care îi creează probleme și asupra cărora ar dori să lucreze.

La următoarea ședință de psihoterapie, Daniela s-a prezentat într-o formă foarte bună, afirmând faptul că se simte mai liniștită și mai încrezătoare în sine. Terapia a continuat cu câteva ședințe de hipnoterapie centrate doar pe managementul anxietății.

• *Rezolvarea problemelor pacientului cu ajutorul tehnicii semnalului ideomotor*

Se întâmplă uneori în cursul terapiei ca pacientul să răspundă prin intermediul semnalului ideomotor că a identificat problema, dar să refuze (refuzul este exprimat tot prin intermediul semnalului ideomotor) s-o împărtășească terapeutului. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să continue să se adreseze pacientului la nivel conștient și inconștient, solicitându-l să găsească soluții pentru rezolvarea problemei

sale. Dacă acesta a identificat una sau mai multe soluții, i se cere să răspundă afirmativ, prin declanșarea semnalului ideomotor. Faza rezolutivă se desfășoară, de regulă, la nivel inconștient, astfel încât pacientul nu realizează ce anume s-a petrecut, soluția apărându-i acestuia ca fiind aproape magică.

Pentru exemplificare prezentăm un caz.

Sandu, un băiat de 12 ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru un enurezis pe care îl avea de mulți ani. Pacientul urina în pat aproape în fiecare noapte. Acesta a reacționat la sugestiile hipnotice directe, și lucrurile s-au îndreptat în mare măsură (nu mai urina în pat decât foarte rar), dar, după ceva timp, au urmat recăderi. Acestea s-au produs mai ales după o ceartă cu fratele său, la începutul anului școlar, și după o întâlnire cu tatăl său natural (părinții băiatului erau divorțați).

Terapeutul s-a decis să investigheze mai în profunzime problema și, după inducția hipnotică, a stabilit codul pentru semnalul ideomotor (pentru „da” se va ridica degetul arătător drept, iar pentru „nu” degetul arătător stâng). Terapeutul i-a cerut apoi să se gândească foarte profund la toate lucrurile importante din viața sa, oameni, locuri, experiențe etc., căutând să identifice vreo legătură între aceste elemente și simptomul său. În cazul în care pacientul găsea vreo astfel de conexiune, el trebuia să comunice prin intermediul semnalului ideomotor răspunsul „da”; în caz contrar, răspunsul era „nu”. După un timp, pacientul a răspuns „da”. În continuare, terapeutul l-a întrebat ce anume din existența sa are legătură cu enurezisul și dacă îi poate împărtăși acel lucru terapeutului. La început răspunsul a fost „da”, după care imediat pacientul a răspuns „nu”. I s-a cerut apoi să se concentreze și să afle dacă nu există un lucru pe care l-ar putea face pentru a nu mai urina în pat. Semnalul ideomotor a fost „da”.

Întrebarea următoare a fost dacă Sandu este dispus să întreprindă o astfel de acțiune pentru un timp și să urmărească dacă enurezisul se reduce. Răspunsul acestuia a fost afirmativ. Terapeutul i-a cerut apoi pacientului să-și imagineze că va întreprinde cu adevărat respectiva acțiune în viitor. Și de data aceasta răspunsul a fost „da”. După câteva luni, mama a solicitat o întrevedere cu psihoterapeutul și i-a comunicat în cursul acesteia că Sandu nu mai urinează deloc în pat, dar că „o îngrijorează faptul că acesta a început să se certe mai des cu membrii familiei, a devenit încăpățânat și foarte voluntar”. Terapeu-

tul a asigurat-o că atitudinea băiatului este normală pentru un adolescent care luptă pentru independență și autoafirmare.

VII

Hipnoza în terapia comportamentală și cognitivă

1. Tehnici comportamentale

Gibson și Heap (1991) realizează o trecere în revistă a aplicațiilor hipnozei în acele demersuri terapeutice menite să modifice în mod direct și sistematic gândurile și comportamentele subiecților. Aceste tehnici țin de terapia cognitiv-comportamentală.

Hipnoterapeutul specializat în acest gen de abordare trebuie să stăpânească foarte bine atât tehnicile hipnozei clinice, cât și pe cele ale terapiei cognitiv-comportamentale. Cele mai importante tehnici ale terapiei comportamentale sunt următoarele:

a) Instrucțiunile verbale

O modalitate de multe ori neglijată de a-i învăța pe pacienți comportamente dezirabile constă în a le spune pur și simplu ce anume trebuie să facă. Practica terapeutică a demonstrat faptul că mulți pacienți pun mare preț pe instrucțiunile administrate de către psihoterapeut și chiar le aplică în situații concrete:

„Mi-am amintit că mi-ați spus să-mi țin respirația sub control și să nu mă reped să fac totul deodată” — afirma unul dintre pacienții aflați în terapie.

b) Repetarea (exersarea)

Noile modalități adaptative de răspuns descrise prin intermediul instrucțiunilor verbale trebuie repetate de mai multe ori înainte ca ele să fie încorporate în repertoriul comportamental al subiectului.

c) Ajustarea reacției dorite

Comportamentul dezirabil indus de către terapeut se ajustează prin întăriri pozitive și negative succesive. Acestea pot reprezenta recompense materiale (dulciuri, anumite feluri de mâncare sau băuturi preferate) sau verbale (laude, aprecieri etc.).

d) Condiționarea aversivă

La începuturile terapiei comportamentale se utilizau stimuli negativi sau chiar nocivi (admonestare verbală, sunet puternic sau șoc electric ușor) ori de câte ori pacientul realiza sau avea tendința puternică de a declanșa un comportament inacceptabil. Această metodă a fost aplicată în terapia tulburărilor de conduită, a deprinderilor greșite, precum și în cazul ruminățiilor obsesive.

În ultimul timp s-a renunțat în mare măsură la acest gen de terapie atât din motive etice, cât și din cauza faptului că problemele-simptom aveau tendința să reapară imediat după încetarea condiționării aversive.

e) Desensibilizarea

Această tehnică se referă la asocierea unui stimul care declanșează o emoție negativă cum ar fi teama cu o stare afectivă incompatibilă cu acea emoție, ca, de pildă, relaxarea. În felul acesta, potențialul stimulului inițial de a declanșa o emoție negativă este slăbit în mod progresiv. Metoda este utilizată cu succes în cazul reacțiilor fobice.

f) Decondiționarea

Această tehnică seamănă foarte mult cu terapia aversivă. În acest caz, un stimul care declanșează o reacție emoțională pozitivă, dar indezirabilă (ca în cazul consumului de alcool, al fumatului etc.) este sistematic asociat cu un răspuns negativ (cum ar fi, de pildă, greața). Potențialul stimulului inițial va fi și de această dată slăbit, subiectul manifestând tendința de înlocuire a reacției pozitive cu cea negativă (de pildă, fumatul va declanșa senzația de greață). Metoda decondiționării se aplică mai ales în cazul deprinderilor greșite: fumat, consum de alcool, droguri și chiar în cazul unor comportamente sexuale deviante.

g) Expunerea, imersiunea și prevenirea răspunsului

Elementul comun al acestor tehnici constă în aceea că pacientul este expus situațiilor care îi produc teamă, până când anxietatea se

reduce prin intermediul obișnuirii, iar răspunsurile de evitare sunt eliminate. Astfel, în cazul tulburării obsesive, pacientului i se va interzice executarea ritualului obsesiv.

h) Modelarea

Pacientul observă o altă persoană care realizează cu succes comportamentul dorit. Uneori, acesta urmărește modul în care persoana respectivă este recompensată pentru succes și sancționată în cazul în care a comis vreo eroare. Modelarea are o gamă largă de aplicații practice, îndeosebi în antrenarea deprinderilor sociale și în terapia copiilor.

i) Tehnicile comportamentale în plan imaginativ

În timp ce tehnicile descrise mai sus se realizează în plan real (*in vivo*), există și tehnici care se aplică în plan mental (*in vitro*). Una dintre cele mai cunoscute tehnici de acest tip este cea a desensibilizării sistematice a lui Wolpe (1958).

Conform acestei metode, pacientul învață la început o tehnică de realizare și apoi i se cere să-și imagineze în mod progresiv situații tot mai anxioase, până când reacția anxioasă dispăre. Tehnica opririi gândurilor face parte din aceeași categorie de metode și se utilizează mai ales în cazul gândurilor obsesive. Pacientul este instruit să-și spună în gând cuvântul „stop” imediat ce devine conștient de apariția gândurilor obsesive și apoi să redirecționeze atenția spre imagini agreabile sau măcar neutre.

2. Tehnici hipnoterapeutice

Terapeuții de orientare cognitivă, cum ar fi Ellis (1962) și Beck (1976), deși erau de acord cu metodele comportamentale, au accentuat rolul gândurilor în producerea unor stări afective negative cum ar fi: anxietatea, depresia, culpabilitatea sau furia. Conform concepției lor, pentru a modifica starea afectivă este necesară schimbarea cogniției. Stările psihopatologice, cum ar fi anxietatea cronică sau depresia, sunt generate de distorsionările cognitive ale subiecților ce dau naștere la reprezentări în care lumea exterioară apare ca fiind amenințătoare, deprimantă sau în care subiectul se simte lipsit de speranță.

Terapeutul este cel care trebuie să-l ajute pe pacient să-și recunoască deprinderile negative de gândire, să conștientizeze caracterul lor patologic și, în cele din urmă, să le înlocuiască cu modele mai realiste de interpretare a realității. Se pune problema cum poate fi combinată hipnoza cu aceste tehnici terapeutice. Este evident faptul că hipnoza va avea un rol mult mai important în cadrul metodelor aplicate în plan imaginativ. În ceea ce privește aplicarea acesteia în cazul expunerilor în plan real (*in vivo*), hipnoza va juca un rol limitat, ea fiind utilizată pentru managementul anxietății în fazele incipiente ale terapiei.

Aplicațiile hipnozei în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale vizează următoarele aspecte:

1. Sugestiile posthipnotice

Instrucțiunile terapeutice verbale acționează mult mai eficient dacă sunt transformate în sugestii posthipnotice (Spanos, Demoor și Barter, 1973).

De regulă aceste sugestii îmbracă forma următoare:

„Când vei face/ gândi/ simți X, imediat vei face/ simți/ gândi Y”.

Barabaz (1987, p. 149), care a tratat cu succes trei din patru cazuri de tricotilomanie, respectiv tendința compulsivă a subiectului de a-și smulge părul, a administrat următoarele sugestii posthipnotice cu caracter permisiv: „Vei deveni imediat conștient atunci când vei duce mâna la cap și depinde de tine ceea ce urmează să faci. Tu ai controlul, tu ai puterea de a controla totul... Nimeni altcineva, ci deprinderea ta, nu are puterea să te controleze. Poți să-ți smulgi părul dacă dorești sau poți alege să-ți controlezi deprinderea greșită”.

Wright și Humphreys (1984) au utilizat hipnoza în procesul desensibilizării în plan imaginativ în două cazuri de comportament sexual deviant, un exhibiționist și un travestit (subiectul obișnuia să fure haine de damă). Terapeutul a asociat cuvântul-cheie „poliția” cu scena aversivă în care pacientul era arestat. Au fost administrate sugestii potrivit cărora ori de câte ori terapeutul va pronunța cuvântul-cheie, scena aversivă va apărea cu multă claritate pe ecranul mintal al subiectului. Sugestia posthipnotică s-a referit la faptul că ori de câte ori pacientul se va gândi să îndeplinească actul indezirabil, scena aversivă îi va apărea în minte împreună cu starea emoțională care o însoțește. Sugestiile posthipnotice s-au dovedit utile, deoarece, în cazul lor, subiectul declanșa în mod automat răspunsurile dorite de către

terapeut. Măsura în care pacientul va reacționa în mod automat la acest gen de sugestii va depinde de nivelul susceptibilității sale hipnotice.

2. Hipnoza în terapia cognitivă

Sugestiile posthipnotice pot fi utilizate pentru optimizarea procesului de restructurare cognitivă. Acest proces constă în înlocuirea gândurilor iraționale dezadaptative cu modalități mai realiste de gândire. Pacienților li se cere să-și monitorizeze gândurile ori de câte ori simt anxietate, furie, gelozie sau depresie. Odată identificate, gândurile negative vor fi înlocuite cu gânduri alternative, mai raționale. Sugestiile posthipnotice au în aceste cazuri menirea de a fixa și întări modele alternative de gândire, formate în cursul psihoterapiei.

Tehnica întăririi Eului. Hartland (1971) a pus la punct un set de sugestii menite să mărească încrederea pacientului în forțele proprii, să-i îmbunătățească imaginea de sine și să-i confere un sentiment de bunăstare personală. Sugestiile de întărire a Eului au fost prezentate în detaliu în capitolul care se referă la principiile generale ale hipnoterapiei. Heap (1985) și Ross (1985) au adus critici acestui gen de sugestii, considerând că ele au un caracter prea general și nu sunt însoțite de imagini care să faciliteze experiențele pe care trebuie să le trăiască subiectul. Astfel, sugestii de tipul „gândești din ce în ce mai clar”, „vei fi tot mai puțin tulburat”, „memoria ta se va îmbunătăți”, „te vei simți tot mai fericit” etc. implică experiențe deosebit de complexe și este greu de crezut că subiecții vor răspunde la ele în același mod în care răspund la sugestiile de levitație a brațului, la sugerarea unei imagini agreabile sau a unui gând ori acțiuni precis determinate.

Heap (1985) este de părere că pentru a mări eficiența sugestiilor de întărire a Eului, terapeutul trebuie să fie mult mai exact în sugerarea unor răspunsuri comportamentale, cognitive și fiziologice care să inducă stări de optimism, încredere, forță și calm. Acest lucru se poate realiza prin intermediul sugestiilor posthipnotice sau prin sugerarea reamintirii unor situații când pacientul a trăit cu adevărat stările afective dorite. Utilizarea imaginii cu caracter simbolic poate contribui și ea la facilitarea sugestiilor de întărire a Eului. Astfel, terapeuții specializați în hipnoterapie la copii utilizează un model de întărire a Eului în care copilului i se sugerează că mănâncă „biscuiții magici” care conțin drept ingrediente toate lucrurile bune și experiențele pozitive pe care le-a trăit pe parcursul vieții.

Fromm (1968) utilizează tot pentru întărirea Eului metafora unui copac ce se înalță spre cer și care își extrage din pământ o nouă sevă, iar Gibbson (1979) evocă imaginea unor scări din interiorul unei catedrale pe care trebuie să le urce pacientul sau pe cea a unui curcubeu pe care acesta se cațără. Terapeutul poate crea propriile sale imagini pentru întărirea Eului, imagini care sunt adaptate fiecărui pacient în parte.

3. Utilizarea unor tehnici hipnotice în tratamentul anxietății și în managementul stresului

O mare parte a tehnicilor hipnotice au fost puse la punct de către hipnoterapeuții de orientare cognitiv-comportamentală pentru a reduce stările de tensiune, anxietate și panică. Aproape toate aceste tehnici fac apel la sugestiile hipnotice și posthipnotice, precum și la tehnica imaginării dirijate.

4. Autohipnoza în terapia cognitiv-comportamentală

Inducția hipnotică prin ea însăși reprezintă o experiență relaxantă. Majoritatea specialiștilor sunt însă de părere că pacientul nu trebuie să fie dependent de psihoterapeut pentru a obține starea de relaxare și, din acest motiv, el trebuie să-și însușească o tehnică de autohipnoză. Procedura constă în a-i sugera pacientului aflat în stare de hipnoză că se va relaxa sau că va intra în hipnoză parcurgând aceleași etape pe care le-a parcurs împreună cu terapeutul său (fixarea unui punct, numărarea și imaginarea faptului că se află în locul preferat, unde se simte liniștit și în deplină siguranță). Se poate programa, prin intermediul unor sugestii posthipnotice, perioada cât va dura autohipnoza sau se pot administra sugestii de tipul următor:

„De îndată ce dorești să devii activ și să ieși din hipnoză, vei număra în gând de la cinci la unu, pregătindu-te să deschizi ochii atunci când vei ajunge cu numărătoarea la unu. Când vei ajunge la unu, te vei simți vioi, alert, perfect orientat în spațiu și timp și gata să faci față problemelor cu care te vei confrunta în restul zilei, relaxat, calm și încrezător”.

Pentru practicarea eficientă a autohipnozei este necesar ca sugestiile posthipnotice să cuprindă și unele asigurări pentru pacienți:

- subiectul trebuie asigurat că autohipnoza este total lipsită de pericol și că acesta își va păstra permanent autocontrolul, putând face față oricărei situații în care i se cere să acționeze

(astfel, dacă cineva bate la ușa sau sună telefonul, subiectul va deschide imediat ochii, va fi pe deplin treaz, orientat și gata să întreprindă ceea ce are de făcut);

- în al doilea rând, este important să se sugereze faptul că pacientul va practica autohipnoza doar în acele locuri și intervale de timp când se află în deplină siguranță și este util să aplice metoda respectivă.

Cercetările experimentale au evidențiat faptul că practicarea timp de 20 de minute a autohipnozei sau a unei simple metode de relaxare contribuie la reducerea simțitoare a efectelor stresului cotidian (Benson, 1975). Pentru unii pacienți este util ca în timpul autohipnozei să practice și o tehnică de imagerie dirijată care să se refere la problemele lor sau pur și simplu la întărirea Eului.

Autohipnoza poate fi combinată și cu sugestii directe după modelul lui Cone („mă simt din ce în ce mai bine” etc.) sau cu tehnici de gimnastică respiratorie, aceasta din urmă fiind indicată mai ales pentru pacienții anxioși, înclinați spre hiperventilație. Tot mai mulți terapeuți sunt de acord cu faptul că unul dintre factorii favorizanți în apariția anxietății și atacurilor de panică îl reprezintă respirația accelerată, care are drept consecință reducerea nivelului bioxidului de carbon din sânge. Pacienții care respiră prea rapid trebuie instruiți să înțeleagă mecanismele hiperventilației și apoi să-și însușească exerciții de respirație abdominală (diafragmatică), în ritmuri lente și controlate. Acestora li se poate administra și sugestia că, dacă vor respira în maniera indicată, ei vor regla nivelul bioxidului de carbon din sânge și că acest lucru va reduce probabilitatea apariției atacurilor de panică. Pentru marea majoritate a pacienților anxioși se recomandă tehnicile de relaxare combinate cu respirație diafragmatică lentă și cu pronunțarea unor cuvinte-cheie care să sugereze calmul și starea de bine psihologic (cuvintele pot fi; „calm”, „pace”, „relaxare” etc.). Li se poate cere, de asemenea, pacienților să pună accentul pe expirație, spunându-și în gând formule care să sugereze ușurarea, destinderea sau faptul că încordarea iese din corp.

O altă tehnică utilă în astfel de cazuri constă în localizarea tensiunii în corp (de pildă în stomac, în zona umerilor, cefei etc.). Apoi, pacientul trebuie să atribuie tensiunii respective o culoare, urmând ca în timpul expirației să-și imagineze că elimină un abur de culoarea respectivă, corpul său rămânând relaxat. În timpul autohipnozei, pacientul poate aplica și tehnica antrenamentului mintal, în cadrul că-

reia își imaginează că realizează cu succes o sarcină care i-a creat probleme sau face față unei situații dificile.

5. Rolul sugestiilor posthipnotice în tulburările anxioase și managementul stresului

Efectul metodelor prezentate mai sus poate fi întărit prin intermediul sugestiilor posthipnotice. În astfel de cazuri, conținutul sugestiilor posthipnotice poate lua forma următoare:

„De îndată ce vei constata că apare o senzație de tensiune în zona abdominală, cuvântul relaxare îți va apărea imediat în minte și vei începe să respiri calm și liniștit etc.”.

Dacă pacientul a fost instruit să-și imagineze o scenă relaxantă, cuvântul-cheie cuprins în cadrul sugestiei posthipnotice va avea drept scop evocarea scenei respective.

6. Tehnica „pumnului strâns”

Se utilizează tot în psihoterapia anxietății și constă în folosirea unor sugestii și a unor condiționări bazate pe acte motorii. Tehnica propriu-zisă constă în a solicita pacientul să-și concentreze atenția asupra zonelor încordate din interiorul corpului său. În continuare, i se cere să facă mâna stângă pumn, fără a strânge prea tare degetele și apoi să-și imagineze că întreaga tensiune și încordare din corp se îndreaptă spre pumn, care devine tot mai strâns și mai încordat, pe măsură ce corpul se relaxează tot mai mult. Pacientul va inspira și va expira apoi lent, numărând de la cinci la unu pe expirație. Pe măsură ce acesta numără și expiră, pumnul se desface încet, brațul și mâna se relaxează și tensiunea se împrășteie în jur, lăsând întregul corp tot mai relaxat și mai liniștit. Acest exercițiu se va practica de mai multe ori în stare de hipnoză sub îndrumarea terapeutului, fiind apoi întărit prin intermediul unor sugestii posthipnotice, care au drept obiectiv să-l determine pe pacient să-l utilizeze în situațiile de viață în care simte încordare.

Stein (1963) a elaborat o tehnică similară în care se utilizează însă ambii pumni. O mână, de regulă cea nondominantă, este rezervată emoțiilor negative, în timp ce cealaltă, emoțiilor pozitive. Pentru a activa stările pozitive, pacientului i se cere să-și imagineze cu lux de amănunte un eveniment sau o situație în care s-a simțit puternic, încrezător și cu un foarte bun autocontrol și, pe măsură ce își imaginează acest lucru, i se cere să formeze și să strângă apoi pumnul mâinii

drepte. Pacientului i se va sugera apoi ca în situațiile de viață să-și alunge stările afective neplăcute strângând pumnul stâng și apoi relaxându-l, pentru a se elibera de energiile negative. Stările afective indzirabile vor fi apoi înlocuite cu sentimente pozitive, evocate prin strângerea pumnului drept. Pentru a fi încununată de succes, tehnica trebuie repetată de mai multe ori.

Basker (1979) a obținut rezultate foarte bune cu această metodă la agorafobici, iar Stanton (1988) a relatat aceleași rezultate la subiecții cu fobii diverse.

7. Tehnica „decentrării” Eului

Această tehnică a fost elaborată de Heap (1985a) și se utilizează mai ales în cazul fobiilor sociale. Pacienții care suferă de această tulburare sunt extrem de atenți la modul în care se prezintă și consideră că ceilalți le acordă o atenție mult mai mare decât o fac în realitate. Mai mult, în cazul în care sunt cuprinși de anxietate, ei consideră că ceilalți oameni sunt conștienți de starea prin care trec și îi judecă cu asprime. Acești subiecți se simt foarte intimidați de unele aspecte vizibile ale anxietăților (de pildă de faptul că transpiră sau se înroșesc) sau de unele aspecte mai particulare ale aspectului lor fizic, considerând că toată lumea îi privește și îi critică. Rolul tehnicii decentrării Eului constă în a-i ajuta pe acești pacienți să aibă o atitudine mai realistă referitoare la faptul că propria persoană și defectele lor îi interesează pe ceilalți mult mai puțin decât își închipuie.

Prezentăm, pentru exemplificare, un studiu de caz după Gibson și Heap (1991, p. 71). Domnul J. suferea de torticolis de mai mulți ani și, în ciuda terapiilor clasice sau alternative, afecțiunea nu s-a remis, pacientul ținând capul aplecat spre dreapta majoritatea timpului. Tulburarea era și mai evidentă atunci când pacientul se simțea anxios. Subiectul era foarte preocupat de tulburarea sa și avea chiar perioade lungi când nu ieșea din casă din cauza acesteia, el evitând mai ales străzile centrale, magazinele mari, mijloacele de transport în comun și locurile aglomerate.

Psihoterapiile de tip explorator nu au dat niciun rezultat în acest caz. Demersul psihoterapeutic aplicat de către Heap (1991) a avut drept obiectiv reducerea anxietății cauzată de centrarea exagerată pe propria persoană. Terapeutul a pornit de la un hobby al pacientului, și anume acela de a fi pictor amator, preferința lui îndreptându-se spre

peisaje. În timp ce picta, pacientul se simțea relaxat și gâtul său se îndrepta complet. După inducția hipnotică și adâncirea transei, terapeutul i-a cerut pacientului să-și imagineze faptul că picta peisajul său favorit, simțindu-se calm și relaxat. I-a sugerat că întreaga sa atenție era absorbită de peisaj, de culori, umbră, sunete, mirosuri etc., precum și faptul că el nu avea nicio influență asupra peisajului care rămânea la fel chiar dacă pacientul nu ar fi fost acolo. În continuare, i s-a sugerat că se plimbă pe strada principală, trecând printr-o mulțime de oameni, dar trăind aceeași stare afectivă ca atunci când picta peisajul.

Sugestiile următoare au avut menirea să-l solicite să vizualizeze scena ca și cum ar fi pictat-o, concentrându-și toată atenția asupra oamenilor, magazinelor, traficului etc. Au fost administrate sugestii puternice în sensul că pacientul nu avea nicio influență asupra scenei vizualizate, că lucrurile rămâneau la fel și în absența sa, că oamenii mergeau, vorbeau, se mișcau sau priveau în jurul lor, fără să-i acorde nicio atenție. În continuare, i s-a sugerat să se ridice deasupra scenei și să privească în jos, văzându-se pe sine printre ceilalți, neînsemnat, arătând exact la fel ca toți oamenii de pe stradă. Secvența sugestivă a fost repetată de mai multe ori în stare de hipnoză și întărită prin intermediul unor sugestii posthipnotice de tipul următor:

„Ori de câte ori vei deveni conștient de sentimentele tale de inferioritate, de faptul că ceilalți te privesc și te critică, vei comuta imediat atenția de la propria persoană la scena care se derulează în jurul tău”.

Deși torticolisul pacientului nu a dispărut complet, acesta a devenit mai puțin deranjant, iar anxietatea sa în situații sociale a scăzut simțitor, pacientul reluându-și majoritatea activităților sociale.

8. Regresia de vârstă în terapia cognitiv-comportamentală

Deși regresia de vârstă reprezintă o metodă specifică hipnoanalezei, aceasta poate fi utilizată în anumite limite și în cadrul unor demersuri cognitiv-comportamentale. Tehnica regresiei de vârstă soliciită pacientul, aflat în stare de transă hipnotică, să-și imagineze faptul că se întoarce în timp și re trăiește un anumit eveniment ca și cum s-ar fi petrecut în momentul respectiv. Regresia de vârstă se referă, de regulă, la amintiri din trecutul îndepărtat, mai ales din copilăria subiectului, în timp ce rememorarea vizează re trăierea unor evenimente de dată mai recentă (Heap și Gibson, 1991, p. 72).

Regresia și rememorarea se aplică în terapia cognitiv-comportamentală în următoarele situații:

- *Obținerea unor informații suplimentare care să faciliteze demersul de restructurare cognitivă*

Terapeutul îl va ghida pe pacient să identifice comportamentele disfuncționale și modelele de gândire negativă care stau la baza acestora și care produc stări afective negative cum ar fi anxietatea sau depresia. Deoarece, adesea, pacienții au dificultăți în identificarea gândurilor negative automate, tehnica rememorării unor situații cu încărcătură emoțională deosebită poate furniza atât pacientului, cât și terapeutului informații suplimentare.

- *Facilitarea accesului la stări afective și atitudini pozitive cum ar fi încrederea în sine, starea de calm și asertivitatea*

Simpla solicitare a pacientului să re trăiască cu lux de amănunte o experiență pozitivă are un rol terapeutic evident. Astfel, Matheson (1979) a descris utilizarea regresiei de vârstă cu re trăirea unor experiențe fericite din copilărie în tratamentul pacienților depresivi (cu depresie nevrotică).

Heap (1991) a tratat un pacient cu scleroză multiplă care a solicitat hipnoza pentru a-l ajuta să-și mențină încrederea în sine și să lupte mai eficient cu boala. Anamneza a evidențiat faptul că, în adolescență, pacientul fusese sportiv de performanță și câștigase mai multe medalii la natație. Terapeutul a indus hipnoza și l-a regresat pe pacient la vârsta când a luat prima medalie, sugerându-i să re trăiască stările de încredere în sine, forța și mobilizarea voinței, stări pe care le încercase în acea perioadă. Au fost administrate apoi sugestii post-hipnotice menite să evoce aceste stări prin intermediul imaginilor legate de competiția sportivă. S-a exersat, de asemenea, în stare de hipnoză, transferarea stărilor de forță și încredere de la situația în care ele s-au manifestat pentru prima oară la noile situații de viață. Pacientul a considerat că acest gen de imagerie dirijată i-a fost utilă mai ales atunci când se trezea dimineața și trebuia să facă față problemelor unei noi zile.

- *Facilitarea reinterpretării și a reconstrucției unui eveniment semnificativ, precum și imaginarea situației în care pacientul face față mai bine respectivului eveniment*

I se poate sugera pacientului aflat în stare de hipnoză să-și imagineze faptul că utilizează anumite abilități pentru a face față unei si-

tuații din trecut, situație în care nu s-a descurcat în mod corespunzător. Abilitățile de a face față situației respective pot fi dezvoltate și antrenate prin intermediul unor programe de management al stresului și prin terapie asertivă. Pacientului i se va sugera apoi să-și imagineze faptul că face față unor situații viitoare, utilizând același tip de strategii.

- *Dezvăluirea unor amintiri uitate care au legătură cu problema prezentă*

Acest tip de aplicație a metodei regresiei de vârstă și a rememorării ține mai ales de domeniul terapiei psihodinamice. Cu toate acestea, programele cognitiv-comportamentale pot beneficia și ele de informații vizând dezvăluirea unor amintiri uitate, informații ce pot fi utilizate în identificarea și modificarea modelelor de gândire negativă, care stau la baza problemei-simptom, deoarece aceste cogniții negative își au originea undeva în istoria vieții pacientului. Identificarea și conștientizarea acestora îl pot ajuta pe pacient să înțeleagă faptul că ele nu mai sunt valabile în viața de adult. Astfel de informații pot fi dobândite și în afara hipnozei, dar aceasta din urmă poate facilita și accelera procesul de obținere a lor.

9. Progresia de vârstă

Tehnica progresiei de vârstă presupune ca pacientului aflat în stare de hipnoză să i se sugereze că se deplasează în viitor, unde își imaginează diverse situații. Terapeuții comportamentaliști solicită pacienții să repete în plan mental, în stare de hipnoză, faptul că vor face față cu bine situațiilor care îi solicită. Foarte mulți pacienți anxioși sau fobici afirmă despre ei că nu se pot imagina confruntându-se cu situația care le produce teamă. Antrenarea mentală în relaxare sau în hipnoză a unui mod pozitiv, dar realist de a se confrunța cu situațiile viitoare utilizând noile deprinderi învățate, precum și noile modele de gândire se poate realiza atât în ședințele de psihoterapie, cât și în cursul autohipnozei, rezultatele putând fi fixate și întărite prin intermediul unor sugestii posthipnotice.

Un alt motiv pentru care hipnoterapeutul recurge la „progresia în viitor” constă în aceea că prin repetarea mentală a unor soluții de rezolvare a problemei-simptom, terapeutul va putea verifica dacă soluțiile respective sunt viabile și pot fi puse în aplicare. Adesea, la pacienți apar blocaje ascunse (datorate unor conflicte reale sau

imaginare), blocaje care pot contracara punerea în practică a soluțiilor terapeutice. De pildă, o persoană cu anorexie nervoasă începe să câștige în greutate în urma psihoterapiei, și acest lucru o face mai atrăgătoare sub aspect sexual; este posibil ca anxietatea sa, legată de această problemă, să blocheze demersul terapeutic viitor. În cazul în care astfel de conflicte nu sunt abordate terapeutic, rezultatele hipnoterapiei vor fi de scurtă durată.

Terapeutul poate sugera pacientului aflat în stare de hipnoză să se proiecteze în viitor, într-un timp în care problema sa nu mai există. Această strategie evidențiază atât anxietățile legate de schimbare, cât și avantajele pe care le implică renunțarea la simptom. De pildă, o persoană obeză, angajată într-un program terapeutic de scădere în greutate, poate fi solicitată să-și imagineze în stare de hipnoză că este subțire, sănătoasă, în cea mai bună formă fizică și că se află pe plajă purtând costumul de baie favorit. Astfel de procedee contribuie la creșterea motivației pacientului în direcția schimbării.

VIII

Hipnoza în afecțiunile psihosomatice

Hipnoza s-a dovedit a fi deosebit de eficientă în tratamentul unor afecțiuni medicale în cadrul cărora factorul psihologic are o pondere importantă. Problemele psihologice cum ar fi, de pildă, anxietatea pot genera simptome somatice, dintre care unele ajung să se cronicizeze. Mai mult, factorii psihologici pot accelera sau agrava evoluția unor probleme somatice. Una dintre problemele dificile cu care se confruntă psihoterapeutul constă în aceea că o serie de pacienți nu vor să recunoască faptul că tulburarea lor este de natură psihologică, declarându-se satisfăcuți doar atunci când primesc un diagnostic de boală organică. Cu toate acestea, marea majoritate a pacienților diagnosticați cu probleme psihosomatice sunt dispuși să accepte și tratamentul psihologic.

Aplicațiile posibile ale hipnozei în medicina psihosomatică (Gibson și Heap, 1991):

1. Renunțarea la deprinderile greșite. Atunci când problema pacientului este produsă sau exacerbă de deprinderi greșite (consum abuziv de alcool, fumat, consum de droguri), hipnoza îl poate ajuta să renunțe la deprinderea cu caracter autodistructiv.
2. Reducerea simptomelor și managementul unor afecțiuni medicale. Hipnoza poate contribui în mod substanțial la tratamentul a numeroase afecțiuni medicale, mai ales a celor psihosomatice, unde factorii psihologici au un rol important în declanșarea și menținerea tulburării. Există însă și alte afecțiuni medicale, în apariția cărora nu au fost evidențiați factori de natură psihologică, unde hipnoza poate contribui la reducerea unor simptome. Astfel, este cunoscută utilitatea hipnozei în îngrijirea pacienților cu arsuri sau în reducerea unor hemoragii. Mai mult,

tehnica imaginației dirijate aplicate în stare de hipnoză dă, în anumite limite, rezultate și în afecțiuni severe cum este cancerul — desigur, nu este vorba de stadiul terminal (Simonton, Matthews-Simonton și Creighton, 1978; Meares, 1982/1983; Newton, 1982/1983). Hipnoza poate fi utilizată și pentru a-i ajuta pe pacienți să facă față durerilor, disconfortului și reacțiilor psihologice negative la starea de boală.

Modul de percepere a propriilor simptome și handicapuri este deosebit de important în evoluția bolii sau în recuperare, chiar dacă intervenția psihologică nu produce modificări semnificative în plan somatic. În bolile cronice, hipnoza poate ajuta pacientul să reziste mai bine la durere și să adopte o atitudine pozitivă față de boală, fapt ce-i va permite să ducă o viață normală, în limita constrângerilor impuse de condiția medicală.

3. Reducerea durerilor și a disconfortului produs de anumite proceduri medicale. Hipnoza ajută pacienții să facă față anumitor intervenții medicale care produc durere, disconfort sau anxietate, aceasta putând funcționa ca o alternativă sau ca un supliment la medicația analgezică sau tranchilizantă. Este vorba de manevre stomatologice, intervenții chirurgicale, chimioterapie pentru pacienții cu cancer, dializă renală sau examene ginecologice.

În afecțiunile psihosomatice, hipnoza se aplică într-un mod mai precis, mai standardizat, accentul căzând pe sugestiile centrate pe simptom. Efectele hipnozei în aceste tulburări pot să aibă un caracter general sau specific. Efectele generale se referă la componenta „placeto” a tratamentului hipnotic, precum și la rolul hipnozei în producerea unei relaxări profunde. Pentru multe afecțiuni cum ar fi migrenele, astmul sau tulburările gastrointestinale care pot fi mediate sau agravate de supraactivarea sistemului nervos autonom, relaxarea și reducerea stresului reprezintă un punct important în cadrul programului terapeutic. Relaxarea poate potența și o reorientare a pacientului spre un stil de viață mai sănătos, precum și în direcția acceptării tratamentelor prescrise. Astfel, hipnoza îl poate ajuta pe un pacient astmatic să reducă fumatul sau să renunțe la acesta, pe unul suferind de o afecțiune dermatologică să renunțe la scărpina sau pe un pacient cu colon iritabil să țină un regim adecvat.

Este, de asemenea, cunoscut faptul că stresul și anxietatea acționează negativ asupra sistemului imunitar al organismului, mărind

riscul de îmbolnăvire a individului (Bowers și Kelly, 1979). În consecință, adoptarea unui stil de viață mai relaxat poate conduce la creșterea rezistenței organismului, și acest lucru poate fi considerat tot un efect nespecific al hipnozei. Aspectele nespecifice ale tratamentului hipnotic includ și sugestiile de întărire a Eului, precum și practicarea zilnică a autohipnozei sau a relaxării. Efectele specifice sunt rezultatul sugestiilor centrate pe simptom, sugestii care indică pacientului modificările fiziologice dezirabile, care presupun ameliorarea sau vindecarea. Marea majoritate a terapeuților recomandă combinarea sugestiilor centrate pe simptom cu tehnica imaginației dirijate.

Tipuri și forme ale imaginilor și ale sugestiilor administrate în afecțiunile psihosomatice (după Gibson și Heap, 1991).

- a) Sugestii care influențează zona somatică afectată. Astfel de sugestii se utilizează frecvent în cazul negilor, arsurilor sau eczemelor. Terapeutul recurge, de regulă, și la o imagine adecvată, sugerând pacientului că stă la soare sau se scaldă în apele unui lac ori în valurile mării (pentru pacienții cu eczeme). Se administrează, de asemenea, și sugestii de regresie de vârstă, până în perioada de dinaintea îmbolnăvirii.
- b) Sugestii și imagini care descriu anumite procese organice care vor contribui la ameliorarea sau vindecarea afecțiunii. Astfel de sugestii se referă la anumite procese autonome care țin de activitatea circulatorie, gastrointestinală sau de cea de la nivelul bronhiilor. Astfel, în cazul astmului bronșic, pacientului i se sugerează să-și imagineze că bronhiile se dilată și permit trecerea lină și ușoară a aerului prin ele. Pentru afecțiunea colonului iritabil se sugerează faptul că acesta este liniștit și relaxat.

Înainte de a se administra astfel de sugestii, terapeutul trebuie să explice pacientului natura afecțiunii sale. De asemenea, regresia de vârstă la perioada de dinaintea îmbolnăvirii poate potența acțiunea sugestiilor și imaginilor sugerate.

- c) Sugestii posthipnotice. Prezentăm, pentru exemplificare, sugestiile posthipnotice administrate de Hartland (1971, p. 295) unui pacient suferind de o eczemă: „Ori de câte ori, fără să-ți dai seama, începi să te scarpini, în momentul în care degetele tale ating pielea, vei realiza imediat ceea ce faci și vei fi capabil să te controlezi și să te oprești înainte de a-ți face vreun rău”.
- d) Utilizarea fenomenelor hipnotice pentru a-i demonstra subiectului posibilitatea autocontrolului funcțiilor autonome. Uneori,

terapeutul va declanșa la pacient fenomene de tip hipnotic și va utiliza experiența respectivă pentru a-i demonstra faptul că are posibilitatea să controleze și alte funcții autonome cum ar fi cele care stau la baza afecțiunii sale. Astfel, Golan (1986) a lucrat cu o pacientă care prezenta un miros neplăcut al respirației, fără vreun motiv clar. Terapeutul a presupus, pe baza investigațiilor medicale, că este vorba de o secreție excesivă a sucului gastric, potențată de o anxietate ridicată. După inducerea hipnozei, pacientei i s-a cerut să-și controleze și să-și modifice temperatura la nivelul mâinii. Apoi i s-a explicat faptul că, dacă ea reușește să-și controleze fluxul sanguin la nivelul mâinii, va fi capabilă să-și controleze și secreția de suc gastric care producea mirosul neplăcut al respirației.

- e) Sugestiile indirecte și metaforele terapeutice. Terapeuții de orientare ericksoniană au utilizat sugestiile indirecte și metaforele terapeutice și pentru rezolvarea unor probleme psihosomatice. Astfel, a rămas celebru cazul de tinitus (vâjâit în ureche) tratat de Erickson și Rossi (1979). În acest caz, psihoterapeutul (Milton Erickson) a povestit unui pacient cu tinitus modul în care și-a ajustat auzul la zgomotul dintr-o fabrică în care și-a petrecut noaptea.

Menționăm că metaforele psihoterapeutice trebuie construite pornind de la relațiile verbale prin intermediul cărora pacientul își prezintă problemele.

1. Beneficiile secundare

Se pune problema în ce măsură psihoterapia centrată pe simptom nu este îngreunată de problema beneficiilor secundare pe care le obține pacientul de pe urma afecțiunilor sale. De pildă, pacienții care suferă de anumite afecțiuni pot beneficia de mai multă atenție din partea familiei sau pot fi scutiți de unele responsabilități. Terapeutul trebuie să cunoască și să acționeze din punct de vedere terapeutic asupra acestor beneficii secundare. Există și situații când simptomul a produs la un moment dat un beneficiu secundar, dar circumstanțele s-au modificat și simptomul continuă să existe, însă fără beneficiul secundar care l-a susținut inițial. Pacienții care se află într-o astfel de si-

tuație sunt foarte motivați pentru psihoterapie. Din punctul de vedere al terapiei psihodinamice, unele tulburări psihosomatice sunt considerate rezultatul unor conflicte emoționale trecute, precum și al sentimentelor reprimite de anxietate, culpabilitate sau ostilitate generate de conflictele respective.

Mulți autori sunt de părere că incapacitatea de a exprima anumite sentimente poate produce tulburări psihosomatice. Astfel, migrena este frecvent asociată cu imposibilitatea exprimării furiei și a ostilității (Alpeos și Mancall, 1971). Asemenea afirmații nu sunt incompatibile cu opiniile terapeuților cognitivști, care consideră că pacienții cu tulburări psihosomatice pot avea gânduri distorsionate referitoare la consecințele catastrofale ale exprimării libere a emoțiilor („Eu nu trebuie să supăr pe nimeni.”). Terapeutul are obligația să-i ajute pe pacienți să achiziționeze modele mai adaptative de a face față emoțiilor de care aceștia trebuie să devină conștienți, iar conflictele de natură afectivă trebuie rezolvate în mod constructiv, indiferent dacă strategia adoptată este una psihodinamică sau cognitiv-comportamentală. Ținând seama de cele menționate mai sus, terapeutul e dator să exploreze cu atenție rolul simptomelor în viața pacientului.

O metodă directă constă în a solicita pacientul să-și noteze într-un jurnal simptomele și condițiile în care acestea se manifestă. Din analiza acestor jurnale pot să rezulte asociații între apariția simptomelor și anumite evenimente care se produc în plan emoțional, cognitiv sau comportamental. În cazul în care aceste asociații i se par semnificative terapeutului, el poate recomanda pacientului și alte modalități psihoterapeutice de intervenție (psihoterapie de familie, consiliere psihologică, terapie cognitivă sau antrenament asertiv), cu sau fără ajutorul hipnozei.

O altă metodă utilă constă în a interoga pacientul aflat în hipnoză, prin metoda semnalului ideomotor, în legătură cu problema-simptom. Întrebările adresate trebuie să fie de tipul următor:

„Este problema ta legată de vreun eveniment din trecut care continuă să te deranjeze și acum?”

„Există vreun motiv pentru care ai problema aceasta în momentul de față?” sau

„Există vreo parte a personalității tale căreia i se pare dificil să rezolve problema?” etc.

Tehnica regresiei de vârstă este apoi aplicată pentru a acționa terapeutic asupra cauzelor care au generat tulburarea psihosomatică.

Unii psihoterapeuți de orientare psihanalitică au lansat ideea că, dacă pacientul are o puternică nevoie de simptom, în momentul în care acesta va fi înlăturat, el va dezvolta altul, poate chiar mai sever. Observațiile clinice nu au confirmat însă acest lucru, Clarke și Jackson (1983) susținând faptul că, dacă pacientul are o trebuință foarte accentuată de a menține simptomul, cel mult el nu se va vindeca atunci când se aplică sugestiile directe menite să-l înlăture. Hipnoza reprezintă o procedură relativ benignă și, de regulă, cel mai grav lucru care se poate întâmpla este ca pacientul să nu răspundă bine la tratament, fapt ce-i va produce o mare dezamăgire. Pentru a preîntâmpina o reacție de acest gen, terapeutul nu trebuie să-i promită pacientului obiective nerealiste (vindecări miraculoase), ci doar să-i spună că terapia îl va ajuta să-și reducă simptomele și reacția sa la acestea.

Hipnoterapeuții care sunt psihologi trebuie să consulte obligatoriu medicul specialist înainte de a proceda la intervenția terapeutică, mai ales atunci când este vorba de afecțiuni care pot pune viața pacientului în pericol, cum ar fi astmul bronșic. O atenție specială trebuie acordată și cazurilor în care este vorba de un pacient cu probleme psihologice care este tratat doar din punct de vedere medical. Deși este posibil ca bolnavii psihosomatici să fie tratați hipnoterapeutic de către specialiști care nu sunt medici, se recomandă ca aceștia să cunoască, pe cât posibil, mecanismele fiziopatologice care stau la baza afecțiunii. De asemenea, în afecțiunile psihosomatice mai severe este obligatoriu ca pacientul să urmeze tratamentul medical de specialitate.

Observațiile clinice au evidențiat faptul că cel mai bine răspund la hipnoterapie pacienții cei mai motivați, precum și cei care practică individual relaxarea.

Transa hipnotică îi permite subiectului să atingă un nivel de relaxare profundă, relaxare care nu înseamnă nici somn, nici pierderea totală a conștiinței, conducând în același timp la accentuarea gradului de sugestibilitate. Atenția pacientului aflat în stare de hipnoză este orientată prioritar spre cele spuse de către terapeut, fapt ce conferă o forță și mai mare sugestiilor administrate. Eficiența tratamentului este accentuată și de faptul că pacientul care se adresează hipnoterapeutului este motivat să scape de anumite simptome sau să-și modifice comportamentul.

Ca și în cazul altor tipuri de tulburări, și în afecțiunile psihosomatice autohipnoza joacă un rol deosebit de important, deoarece contribuie la creșterea eficienței tratamentelor, îl învață pe pacient să se trateze singur, nu consumă în mod excesiv timpul terapeutului, reduce dependența pacientului de terapeut și contribuie la creșterea încrederii în sine a pacientului. Autohipnoza este foarte ușor de învățat de către persoanele motivate să se vindece.

Înainte de începerea tratamentului este obligatorie o examinare medicală în detaliu, ca să nu utilizăm, de pildă, hipnoza pentru reducerea unor dureri cu valoare de semnal, timp în care afecțiunea organică poate progresa nestingherită.

Hipnoterapia în cazul afecțiunilor psihosomatice sau chiar somatice trebuie realizată fie de către medicul specialist, care cunoaște și tehnica hipnotică, fie de către psihoterapeut, în colaborare strânsă cu acesta. Înainte de inducția hipnotică propriu-zisă, terapeutul va da toate explicațiile necesare cu privire la hipnoză, insistând asupra faptului că pacientul va fi ajutat de către terapeut și nu se va acționa asupra lui, acesta rămânând permanent conștient, chiar dacă se află în stare de relaxare profundă.

Wilkinson (1993) susține că, în cazul aplicării hipnozei la pacienții somatici și psihosomatici este util ca primele ședințe să fie dedicate relaxării generale și abia apoi să se administreze sugestii centrate pe simptom. În unele situații se constată chiar faptul că, de îndată ce nivelul tensiunii și al anxietății se reduce, multe simptome se ameliorează sau dispar în mod spontan. Pacientului trebuie să i se comunice faptul că vindecarea reprezintă un proces de durată care rareori se desfășoară în mod liniar. De regulă, vindecarea sau ameliorarea are loc în trepte, cu momente de stagnare și recădere care trebuie acceptate și depășite.

Practicarea zilnică a autohipnozei trebuie să fie instituită cât se poate de rapid, și aceasta trebuie să continue cel puțin trei luni de la primul semn de ameliorare.

Mahe-Longhnan (1980) a constatat faptul că 75% din 103 pacienți cu probleme psihosomatice au înregistrat o ameliorare cam după 12 săptămâni de la începerea practicării autohipnozei, 72% vindecându-se complet. Wilkinson (1993) ajunge la concluzia că pacienții sub 20 de ani reacționează mai bine și că nu există diferențe de sex în ceea ce privește receptivitatea la terapie.

2. Selecția cazurilor pentru tratament

Simptomul trebuie să fie suficient de sever pentru a determina subiectul să practice zilnic autohipnoza. Pentru scopuri terapeutice nu este necesară o transă profundă, multe simptome putând fi reduse sau ameliorate chiar și în transă ușoară. În cazul în care intervin probleme psihologice importante, trebuie să se acționeze terapeutic măcar într-o transă medie. Copiii de la 9 ani în sus, cu intelect normal și cu simptome suficient de deranjante pentru a fi motivați pentru psihoterapie și, mai ales, pentru utilizarea autohipnozei, reprezintă o categorie foarte bună de subiecți.

Se recomandă evitarea subiecților psihotici, iar în cazul celor depresivi este obligatorie instituirea medicației antidepressivă adecvate, prescrise de către medicul psihiatru. Trebuie subliniat și faptul că tratarea inițială a anxietății la un pacient depresiv poate conduce la accentuarea depresiei.

*Sugestii pentru pacienții cu probleme psihosomatice
(Hunter, 1988)*

Pacientului aflat deja în hipnoză i se dau următoarele instrucțiuni: „Peste câteva momente voi atinge cu degetul fruntea ta... Când vei simți atingerea respectivă, voi cere inconștientului tău să se întoarcă în timp, la perioada de dinaintea apariției simptomului și chiar înainte ca factorii care au produs simptomul să fi acționat. Această perioadă poate fi mai îndepărtată decât îți închipuie mintea ta conștientă. Lasă mintea ta conștientă să procedeze cum dorește. S-ar putea ca ea să vrea să rămână prezentă aici sau să se întoarcă parțial spre trecut, observând de la distanță ceea ce se petrece, ori să însoțească mentalul tău inconștient pe parcursul întregii sale călătorii.

Și pentru că mentalul conștient și mentalul inconștient se pot situa în perioade diferite de timp, vei putea trăi sentimente despre care nu știi de unde provin. Dacă acest lucru se întâmplă, e bine să știi că ele își au originea în zonele în care te-a purtat inconștientul. Bucură-te că re trăiești perioada bună când totul în organismul tău funcționa cum trebuie, când te aflai într-o stare de armonie interioară. Totul în interiorul ființei tale era atât de armonios, încât aproape că îți vine greu să crezi că e adevărat. O stare de armonie perfectă domnește între tine și lumea înconjurătoare. Totul funcționează bine, eficient, armonios.

Trăiești o stare de pace, de fericire și armonie în interior și în exterior. (Se acordă subiectului un timp pentru trăirea stărilor pozitive.)

Acum lăsăm mentalul inconștient să se întoarcă în prezent (se precizează data); revino în timp, aducând de acolo stările afective confortabile pe care le-ai trăit. Ori de câte ori mentalul tău inconștient îți tâlnește vreunul din factorii care au contribuit la producerea simptomelor, conștientul împreună cu trupul tău vor face tot ce este necesar pentru a se ocupa de respectivul factor. Știi că atunci când se acumulează mai mulți factori de stres, se creează o mare problemă care ne depășește posibilitățile; iată de ce este mult mai ușor să ne ocupăm de câte un singur factor. În felul acesta, fiecare factor va fi identificat pe rând, se va lucra asupra lui, astfel încât să se asigure împăcarea cu propria persoană, după modelul celei existente anterior.

Nu putem ști dinainte cât va dura călătoria realizată de inconștientul tău. Se poate întâmpla ca ea să se producă repede, pentru că au fost relativ puțini factori generatori de stres, și în acest caz este ușor să ne ocupăm de ei sau, dimpotrivă, călătoria poate dura mult mai mult, pentru că simptomele au fost produse de mai mulți factori sau pentru că aceștia sunt mai complecși. Vom cere unei părți a inconștientului tău să se ocupe de această călătorie, de factorii generatori de stres pe care i-a întâlnit în cale și pe care trebuie să-i identifice și să-i rezolve. Peste câteva momente, când vei ieși din hipnoză, celelalte niveluri ale psihicului tău (conștiente și subconștiente) vor reveni la timpul prezent și la starea normală”.

• *Metafora simfoniei (Hunter, 1988)*

„Adesea ne place să ne gândim la corpul nostru ca la o orchestră simfonică. O orchestră simfonică cântă frumos, dar ea este alcătuită din mai multe secțiuni, și fiecare secțiune cuprinde mai multe instrumente. Uneori, un instrument se dezacordează; de pildă, unei viori i se poate rupe o coardă sau e nevoie ca un instrument de suflat să fie curățat. Trebuie făcut ceva ca instrumentul respectiv să poată cânta la fel de frumos ca înainte. Alteori, când se repetă o nouă compoziție, o întreagă secțiune a orchestrei poate avea dificultăți în privința ritmului sau a armonizării. Dar în ciuda faptului că un instrument trebuie să fie acordat sau că o secțiune a orchestrei are de lucrat asupra ritmului, totul este în regulă cu orchestra. (Prin analogie, totul este în ordine cu subiectul.) Orchestra e în continuare puternică și vitală, așa cum a fost întotdeauna.

Ei bine, și organismul uman reprezintă o orchestră. Acesta este compus din mai multe secțiuni, cum ar fi: sistemul digestiv, respirator, reproductiv, cardiovascular, osos, muscular etc., care contribuie la realizarea simfoniei reprezentate de funcționarea organismului. Și la nivelul fiecărui sistem acționează diferite instrumente; astfel, în cadrul sistemului digestiv lucrează gura, stomacul, intestinul subțire, intestinul gros, precum și organe auxiliare, cum ar fi, de pildă, ficatul. Toate aceste «instrumente» alcătuiesc o secțiune, la fel ca și instrumentele ce intră în componența unei orchestre. Astfel, deși trebuie să ne îndreptăm atenția asupra unei secțiuni sau a unui instrument, orchestra — adică organismul în ansamblu — este în continuare capabilă să producă o muzică bună. Spuneți-vă în gând: «Corpul meu este o simfonie...» și căutați să percepeți ritmul minunat al corpului care pulsează ușor, căutând să restabiliți armonia din interiorul ființei dumneavoastră.”

3. Hipnoterapia în astmul bronșic

Această afecțiune se caracterizează prin apariția unor perioade scurte în care se produce o rezistență la intrarea aerului în bronhii, fapt ce creează subiectului senzația de sufocare. Episoadele acute apar, în general, la persoane hiperreactive la anumiți stimuli din ambianță și sunt însoțite de o dificultate specifică la expirație, uneori tusea fiind singurul simptom, mai ales la copii. Indivizii care suferă de astm prezintă o sensibilitate excesivă, atât față de anumite substanțe iritante din mediu, cât și la stresul și frustrările produse de evenimintele vieții cotidiene. Atacurile de astm pot fi precipitate de eforturi fizice, alergii, infecții sau stări emoționale. În momentul în care se declanșează atacurile se produce o constricție a musculaturii pereților bronhiilor, la care se adaugă și secreția de mucus în lumenul acestora, fapt ce accentuează obstrucția, împiedicând circulația normală a aerului.

Agenții alergeni cel mai frecvent întâlniți sunt: polenul, praful, blana animalelor, fumul sau unele substanțe chimice. Așa cum am mai subliniat, atacurile de astm pot fi favorizate și de infecții virale sau bacteriene. Factorii emoționali sunt și ei profund implicați în apariția tulburării, anxietatea reprezentând nu numai un element declanșator, ci și agravant al atacurilor de astm. De regulă, un disconfort ușor la

nivelul respirației declanșează anxietatea care, la rândul său, amplifică tulburarea respiratorie.

Rees (1956) a studiat 441 de subiecți astmatici pe care i-a comparat cu 321 de subiecți-martori și a constatat că în cadrul primului grup anxietatea, timiditatea, hipersensibilitatea și trăsăturile obsesive prezentau scoruri semnificativ mai ridicate. La copiii astmatici s-a remarcat influența unor atitudini greșite ale părinților, hiperprotecția ocurend un loc central. Ceva mai rar se întâlnește la părinții acestor pacienți atitudinea de respingere sau perfecționismul.

Printre factorii precipitatori de natură emoțională cel mai frecvent întâlniți, specialiștii includ: anxietatea cu supraîncordare, frustrarea, mânia, resentimentul, umilința, depresia, sentimentele de culpabilitate, dar și râsul și bucuria de intensitate mai mare.

Autorul menționat a găsit în cadrul grupului de astmatici următorii factori etiologici: cauzele psihologice sunt importante în proporție de 70%, infecțiile în proporție de 68%, iar agenții alergogeni doar în proporție de 36%.

Cohen (1971) subliniază și el rolul anxietății, al sugestiei și al condiționării în declanșarea atacului de astm, fapt demonstrat și de cercetările de laborator în cadrul cărora au putut fi declanșate în mod artificial atacuri de astm. Astfel, a devenit celebru cazul unui pacient alergic la trandafiri care a declanșat atacul la vederea unei vase cu flori artificiale (desigur, pacientul în cauză nu a conștientizat faptul că trandafirii nu erau adevărați).

Deoarece factorii psihologici au o importanță atât de mare în etiologia atacurilor de astm, hipnoterapeutul trebuie să investigheze o serie de aspecte legate de istoria vieții pacientului, înainte de a construi demersul psihoterapeutic:

1. Familia: relațiile cu părinții și între părinți, relațiile cu frații.
2. Rezultatele la învățătură și încadrarea în colectivitatea școlară.
3. Situația maritală: relația cu soțul, copiii, cu copiii din altă căsătorie, dificultăți legate de viața casnică.
4. Situațiile de doliu sau pierdere (îndeosebi cele mai recente).
5. Satisfacțiile profesionale: relațiile cu șeful, colegii, probleme financiare etc.
6. Îmbolnăviri în antecedente: infecții respiratorii, alergii, stări depresive etc.

Pe baza informațiilor obținute, terapeutul își va face o idee clară în legătură cu stilul de viață și cu problemele pacientului.

În crizele acute de astm, tratamentul medicamentos este obligatoriu. Cu toate acestea, efecte secundare nedorite ca urmare a tratamentului de lungă durată cu steroizi creează foarte multe probleme pacienților. Trebuie avută în vedere severitatea acestei afecțiuni, rata mortalității fiind, de pildă, în jur de 4,7% în Marea Britanie, în perioada 1974–1984. Unul dintre aspectele cele mai importante care pot optimiza tratamentul în cazul acestei afecțiuni ar trebui să fie luarea în considerare a componentei emoționale care stă la baza apariției și menținerii acesteia.

Mahler-Longhnan și col. (1962) subliniază necesitatea utilizării hipnozei la pacienții cărora le-a fost pus diagnosticul ferm de astm. Hipnoza poate contribui la reducerea anxietății și tensiunii legate de problemele respiratorii, la întărirea Eului, la creșterea încrederii în propriile posibilități de a face față problemei, precum și la reducerea dependenței de steroizi. Autohipnoza este și ea deosebit de importantă, pentru că oferă subiectului un instrument de autoreglare psihică.

Wilkinson (1993) este de părere că sugestiile directe trebuie evitate pentru că a sugera unui pacient astmatic faptul că nu se sufocă atunci când acest lucru este evident poate avea un efect antiterapeutic. Pronosticul acestei afecțiuni și eficiența terapiei depind de etiologia psihogenă a crizei. Cu cât crizele sunt mai favorizate de factorii psihici, cu atât pronosticul va fi mai bun, deși astmul are în etiologia lui și factori organici: bronșite, alergii, tulburări vasculare. În cursul psihoterapiei astmului bronșic scăderea anxietății produse de senzația de sufocare prezintă o mare importanță.

a) Astmul bronșic la copil

Copilul astmatic are anumite caracteristici de care terapeutul trebuie să țină seama. În general, acest copil este foarte receptiv la hipnoză, foarte inteligent, anxios, dependent, lipsit de încredere în sine, adesea fiind unic la părinți. Frecvent, accesul de astm apare consecutiv nașterii fratelui și exprimă sentimente inconștiente de insecuritate și agresivitate refuțată. În plus, atitudinea anxioasă și hipergrăjă a părinților exacerbează sentimentul de insecuritate a copilului, ceea ce determină creșterea anxietății și tensiunii care provoacă și prelungește atacul de astm. La polul opus, relațiile conflictuale din familie au frecvent aceleași efecte. Se observă că aceste atacuri au o intensitate mult mai mică în cazul în care copilul este spitalizat, pentru că adesea doar anxietatea anticipatorie provoacă criza. De multe ori, cri-

zele pot apărea și ca o scuză pentru un eșec școlar, în ajunul unui examen sau al unei teze.

În cazul copiilor, tratamentul astmului bronșic prin hipnoterapie este mai eficient după vârsta de 6–7 ani. După inducerea hipnozei, terapeutul administrează următorul instructaj: „Datorită acestei relaxări profunde, săptămâna viitoare te vei simți din ce în ce mai bine, tot mai bine cu fiecare zi. De la o zi la alta, pieptul va deveni tot mai puternic, sufocările tot mai rare, tot mai rare. Respirația va deveni tot mai ușoară, tot mai plăcută. Vei deveni mai liniștit, mai calm, mai puțin nervos, mai puțin speriat, mai puțin necăjit. Cu fiecare zi ce trece vei avea tot mai multă încredere în tine, te vei simți tot mai apărat, tot mai capabil să stai pe propriile picioare, să te descurci singur la școală și acasă fără teamă, griji, nesiguranță”.

După ce află cauzele crizei, terapeutul trece la administrarea unor sugestii adecvate (Hartland, 1979):

„De la o zi la alta, pieptul tău va deveni și mai puternic, respirația tot mai ușoară, tot mai relaxată. Mușchii pieptului vor rămâne relaxați, astfel încât aerul va putea pătrunde cu ușurință în plămânii tăi. Va dispărea treptat încordarea din zona pieptului, astfel încât respirația va deveni tot mai ușoară, din ce în ce mai ușoară. Dacă vei simți cum va o cât de mică senzație de sufocare sau vei avea respirația mai scurtă, nu te vei speria sau îngrijora că va veni criza, pentru că eu te voi ajuta s-o oprești. Chiar dacă apare o ușoară senzație de sufocare, te vei așeza pe un scaun și vei lăsa mușchii brațelor și ai picioarelor cât mai moi posibil. Vei închide ochii și îți vei imagina că ești cu mine în cabinet și mă asculți. Vei apăsa ușor cu palmele partea de jos a pieptului și vei simți că mușchii pieptului se relaxează și permit aerului să treacă liber, astfel că, în câteva minute, respirația va deveni tot mai ușoară, și mai ușoară”.

b) Astmul bronșic la adulți

Se instalează după o perioadă de stres sau de încordare. La femei, crizele de astm bronșic apar în perioada premenstruală și pot fi expresia unei frici inconștiente de sarcină. Alteori, ele pot apărea chiar la ciclu, iar psihanaliza le consideră uneori expresia dezamăgirii provocate de constatarea femeii că nu a rămas însărcinată. Deci este foarte importantă interogarea pacientei pentru determinarea cauzei declanșatoare. În plus, din cauza faptului că majoritatea astmaticilor aparțin tipului dependent de personalitate, e necesar ca psihoterapia

să cuprindă sugestii de întărire a Eului și de accentuare a independenței. Tot în ideea accentuării independenței este foarte utilă familiarizarea pacientului cu tehnici de autohipnoză; astfel, concomitent cu eliminarea simptomului nedorit se accentuează încrederea în sine prin simplul fapt că pacienții pot preveni singuri criza.

4. Hipnoterapia în tratamentul alcoolismului

Consumul de alcool este o deprindere larg răspândită, dar puțini consumatori devin alcoolici. Alcoolismul nu trebuie văzut ca o boală, ci ca un simptom al unei personalități dezorganizate care nu poate face față situației și alege alcoolul ca o modalitate de pseudoadaptare la stres. Alcoolul determină pe moment reducerea tensiunilor, creșterea încrederii în forțele proprii și creează o stare psihică pozitivă, adesea euforică. Toate acestea au drept consecință scăderea anxietății, reducerea reacțiilor fobice, a fricilor obsesive, astfel încât alcoolul ajunge să fie folosit pentru eliminarea suferinței psihice. În această situație, persoanele cu probleme emoționale devin dependente de alcool. Dar aceste efecte favorabile descrise sunt tranzitorii și, adesea, urmate de o accentuare a depresiei. Consecința imediată este faptul că pacientul tinde să crească progresiv doza de alcool. Unii oameni folosesc alcoolul pentru reducerea inhibiției: timizii își depășesc fricile și stabilesc ușor contacte interpersonale, pe alți oameni îi ajută să-și reprime sentimentele de ostilitate, deși mărirea dozei are drept consecință creșterea agresivității. Există și oameni care recurg la alcool pentru a depăși sentimentele de inferioritate, izolare, inutilitate.

Observațiile clinice au arătat că alcoolicul este un tip hipersensibil, dependent, singuratic, cu o rezistență scăzută la frustrare și o imagine de sine scăzută. Sentimentele de autocompătimire și cele inconștiente de ostilitate sunt adesea prezente la alcoolici. În copilărie, alcoolicul a fost în majoritatea cazurilor hiperprotejat de părinți și, ca urmare, nu și-a format capacitatea de a face față responsabilităților. Ulterior, condițiile sociale nefavorabile, problemele de familie, grijile financiare și profesionale îl pot face să caute consolarea în altă parte și, adesea, el ajunge să se refugieze în alcool. Dacă subiectul continuă să bea și nu găsește modalitatea de a face față situației, treptat acesta

va ajunge la degradare psihică și socială. Inițial, individul are un autocontrol al dozelor și al frecvenței consumului de alcool, dar cu timpul el nu-și mai poate controla tendința de a bea. Alcoolicul se adresează terapiei pentru a învăța să bea moderat. Dar consumul de alcool trebuie eliminat complet și pentru totdeauna (pentru un alcoolici, un pahar e prea mult și 30 de pahare prea puțin).

Se observă că tratamentul dă rezultate dacă pacientul dorește acest lucru și nu dacă este adus de familie, prieteni sau poliție. Cel mai bun moment pentru începerea tratamentului îl constituie revenirea din starea de ebrietate, când pacientul are sentimente de culpabilitate și este motivat pentru schimbare. Există o serie de obiective principale ale terapiei împotriva alcoolismului, dintre care enumerăm: stabilirea unei relații simpatetice și de înțelegere pentru pacient; încurajarea autostimei pacientului; stimularea pacientului pentru a dezvolta interese exterioare (mai ales legate de activități în timpul liber); sprijinirea pacientului, astfel încât el să poată face față frustrării — în această categorie intră cultivarea gândirii pozitive și a atitudinii optimiste față de existență; încurajarea pacientului pentru stabilirea unor contacte sociale; adoptarea unei terapii orientate pe simptom — terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să abandoneze băutura.

Un element important al terapiei este atitudinea terapeutului față de pacient și față de deprinderea greșită. Sub niciun motiv terapeutul nu trebuie să condamne deprinderea greșită a pacientului; dimpotrivă, e necesar să manifeste o atitudine caldă, de înțelegere și toleranță simpatetică. Chiar dacă pacientul continuă să bea și după începerea tratamentului, terapeutul nu trebuie să-și exprime dezamăgirea, ci să-l încurajeze în tratament, să-i arate că înțelege problemele și motivele lui și că are încredere în capacitatea acestuia de a găsi o altă modalitate de a face față situației. În același timp, pacientului trebuie să i se modifice gândul că este un caz disperat, evidențiindu-se trăsăturile pozitive care au fost mascate de conduita de alcoolici.

Din punctul de vedere al abordărilor terapeutice posibile, se observă că abordarea psihanalitică nu dă rezultate semnificative, în principal pentru că Eul acestor pacienți este mult prea imatur. Hipnoterapia alcoolismului își propune următorul obiectiv: îndrumarea pacientului să se adapteze mai bine la mediu. La aceasta se adaugă modificarea atitudinii pacientului care crede că nu va face față existenței fără alcool și implementarea ideii că dorința de a bea va dispărea dacă el va învăța să facă față situației.

Terapia trebuie să înceapă de la cauzele care îl determină pe pacient să bea (de exemplu, depresivii beau pentru a scăpa de tristețe, alții pentru a se detensiona, a reduce anxietatea, pentru evitarea dificultăților familiale sau socioprofesionale). Dacă terapeutul îl ajută pe pacient să se descurce în situațiile stresante și fără alcool, atunci crește mult șansa de succes a tratamentului. Una dintre metodele terapiei este realizarea de reflexe condiționate, astfel încât subiectul să aibă senzația de greață după consumul de alcool. Această condiționare se face prin administrarea de disulfiran în asociere cu tranchilizante (diazepam sau meprobamat) și după o cură de vitamine aparținând complexului B: B1 — patru tablete pe zi și B6 — două tablete pe zi.

Cu pacienții care intră în hipnoză, condiționarea se poate face prin sugestii posthipnotice. Majoritatea alcoolicilor sunt subiecți hipnotizabili. Hipnotizabilitatea lor este redusă în două situații: cea în care pacientul, fiind în stare de ebrietate, nu are cum să reacționeze la hipnoză și situația în care s-a produs deja dezintegrarea personalității, când degradarea psihică îngreunează considerabil aplicarea hipnozei. În celelalte situații, chiar când se obține o transă ușoară, pacienții pot fi ajutați cu sugestii de autostimă, autoîncredere, combinate cu psihoterapii de suport, metoda de reeducare și discuții.

Wolberg (1969) vorbește de două tehnici de condiționare care se pot utiliza dacă se atinge un nivel suficient de profunzime a transei:

a) După inducția hipnotică, terapeutul administrează pacientului următorul instructaj: „De îndată ce vei reveni din starea de relaxare, vei simți o dorință irezistibilă să bei ceva. Dorința ta va fi atât de puternică, încât îți va ocupa complet mintea și te va face incapabil să te gândești la altceva. Dacă îți vei da seama de faptul că alcoolul este ca o otravă pentru tine, dorința va deveni tot mai puternică, tot mai irezistibilă. Deodată vei observa lângă tine o pungă cu bomboane. Pe măsură ce sugi bomboane, dorința de a bea ceva va dispărea complet. Vei deveni treptat tot mai calm și mai relaxat (procedeul reușește mai ales dacă terapeutul dă sugestii de amnezie posthipnotică totală). Vei dori să te lași de băutură. Dorința și hotărârea ta vor deveni atât de puternice, atât de intense, încât vor învinge dorința de a bea. Vei căpăta o puternică repulsie față de alcool sub orice formă. Cu fiecare zi ce trece, dorința ta de a bea va scădea, va deveni tot mai slabă, tot mai slabă până când va dispărea complet. Vei deveni tot mai conștient de faptul că alcoolul este o otravă pentru tine. Dacă vei simți dorința de

a bea, o bomboană ți-o va potoli imediat și tu te vei simți tot mai liniștit, tot mai liniștit, mai calm”.

b) O a doua tehnică de condiționare are în vedere obținerea unei senzații de dezgust și greață ca urmare a consumului de alcool. „În momentul în care consumi alcool vei simți o jenă puternică în stomac; ți se va face tot mai rău, din ce în ce mai rău. Îți va fi atât de rău, că nu vei mai fi capabil să înghiți băutura, pe care o vei vomita imediat...”

Aceste condiționări au nevoie de un număr mare de întâlniri, inițial chiar zilnice. După ce aceste condiționări au început să funcționeze, numărul întâlnirilor se poate reduce la una pe săptămână, până când deprinderea greșită este ținută sub control câteva luni, apoi se poate trece la ședințe lunare. Este foarte important ca terapeutul să nu accentueze în fața pacientului defectul său, ci, dimpotrivă, e necesar să-l ghideze spre un comportament mai matur și mai responsabil.

Gindes (cit. Hartland, 1971) atrage atenția că simptomul se poate reduce chiar și atunci când cauzele care l-au determinat rămân ascunse. În consecință, chiar simplul fapt că pacientul devine capabil să-și reia lucrul și să se reintegreze în familie și societate justifică tratamentul.

5. Hipnoterapia în dermatologie

S-a observat că multe afecțiuni dermatologice pot fi tratate cu succes cu ajutorul hipnozei, iar tratamentul este mai ușor și mai rapid în faza acută, când boala nu s-a cronicizat încă. Din păcate, majoritatea pacienților care apelează la hipnoterapie au deja o afecțiune dermatologică cronică. Rezultatele favorabile ale hipnoterapiei în afecțiunile dermatologice s-ar explica prin relația dintre piele și sistemul nervos, datorită originii embrionare ectodermice comune. În plus, pielea realizează contactul atât cu interiorul organismului, cât și cu mediul extern. Orice om se poate înroși, albi sau poate avea prurit când este iritat. Se observă că mulți pacienți cu tendințe agresive și masochiste reacționează cutanat. De asemenea, psoriazisul, eczemele sunt influențate de factori emoționali. Pornind de la celălalt pol se observă că bolile de piele produc reacții emoționale, și astfel se ajunge la un cerc vicios care prelungește durata bolii.

Hipnoterapia se aplică în asociere cu tratamentul specific și dă rezultate când aproape toate celelalte metode au eșuat. Un prim obiectiv al hipnoterapiei este reprezentat de terapia de suport. Terapeutul va da sugestii de întărire a Eului pacientului (directe în timpul hipnozei și posthipnotice); la acestea se adaugă substituția de simptom și, uneori, când este cazul, hipnoanaliza. Sugestiile directe date de terapeut au ca obiectiv reducerea simptomului (prurit, arsuri, insomnii), ajutarea pacientului să țină un anumit regim alimentar.

Aceste sugestii sunt folosite frecvent în scop analgezic. În practică nu i se sugerează direct pacientului că nu va mai simți durerea, pruritul, ci i se transmit astfel de mesaje sugestive: „Indiferent ce senzație ai, vei constata că ea te supără tot mai puțin”; „Chiar dacă vei mai simți un ușor prurit, tendința de a te scărpină va dispărea treptat și complet”. Cu cât profunzimea transei este mai mare, cu atât eficacitatea terapiei va crește. Dar, uneori, e necesară și o abordare globală și de profunzime și nu doar o concentrare pe simptom. De aceea se face apel la hipnoanaliză. Pe lângă acestea, terapeutul trebuie să țină seama și de beneficiul secundar al simptomului și să nu-l lipsească pe pacient de mecanismul lui de apărare. Astfel, el nu-i va sugera că simptomul dispăre, ci că se reduce treptat (e bine să rămână un simptom rezidual de mică importanță). Se pot da diferite sugestii pentru atenuarea pruritului și pentru reducerea tendinței subiectului de a se scărpină. Astfel, Scott vorbește de metoda anulării pruritului pe o porțiune limitată, apoi pe o porțiune mai întinsă de piele, apoi pe toată mâna etc. O altă metodă constă în sugestionarea pacientului că distruge mici obiecte și că în felul acesta obține aceeași satisfacție ca atunci când se scarpină.

Pentru exemplificare, oferim un model de sugestii terapeutice (Hartland, 1971): „Ca rezultat al acestui tratament vei deveni tot mai puternic și mai eficient. Circulația sângelui la nivelul pielii se va îmbunătăți, se va îmbunătăți tot mai mult, mai ales activitatea capilarelor din zona care irigă pielea ta (localizarea pruritului). Inima ta va bate tot mai puternic și va pompa tot mai mult sânge care ajunge la nivelul capilarelor ce hrănesc pielea. De aceea, pielea devine tot mai sănătoasă, normală, astfel încât erupția se va reduce treptat până când va dispărea complet, lăsând pielea curată, perfect sănătoasă sub toate aspectele. Pe măsură ce se îmbunătățește circulația, și nervii devin tot mai puternici, mai tari, tot mai puțin sensibili. Deci pruritul se reduce treptat, se reduce treptat, până când va dispărea complet. Pru-

ritul și iritația devin tot mai mici, devin tot mai mici, astfel încât nu vei mai simți nevoia să te scarpini. Dacă vreodată vei mai avea tendința să te scarpini îți vei da seama ce faci și vei fi capabil să exerciți un autocontrol suficient pentru a opri scărpinatul. Vei simți mai puțin iritație și disconfort, iar iritația va dispărea mult mai rapid. Chiar dacă vei avea tendința să te scarpini în somn, în momentul în care degetele vor atinge pielea, te vei trezi imediat, îți vei da seama ce faci și vei fi capabil să te oprești. Datorită tratamentului, vei fi capabil să exerciți un control suficient pentru a opri scărpinatul înainte de a-ți răni pielea”. La acest instructaj trebuie să adăugăm și sugestii specifice fiecărei afecțiuni concepute în colaborare cu dermatologul.

Tehnica substituției de simptom are ca obiectiv reeducarea inconștientului pacientului aflat în transă în sensul înlocuirii unui model negativ de comportament cu unul dezirabil. Noul comportament sugerat trebuie să fie suficient de motivat logic pentru a distruge patternul vechi de comportament. De asemenea, este necesar ca noul comportament să aibă aceeași semnificație simbolică ca și simptomul. Dacă simptomul reprezintă expresia unor tendințe agresive sau masochiste, noul comportament trebuie să constituie o alternativă dezirabilă pentru exprimarea aceluiași tendințe (de exemplu, scărpinatul oferă satisfacția unor tendințe agresive inconștiente — în acest caz, terapeutul îi poate sugera unui pacient că va obține satisfacții mai mari jucând tenis). Pentru exemplificare vă oferim un model de instructaj: „Voi interoga inconștientul tău dacă este dispus să accepte un tip de exercițiu fizic sau un alt tip de activitate ca fiind potrivit pentru a înlăsa descărcarea tensiunilor tale. Dacă inconștientul tău este de acord, vei ridica degetul arătător drept, dacă el nu este de acord, vei ridica degetul arătător stâng”.

Când terapeutul consideră că sunt implicați factori inconștienți mai profunzi în etiologia bolii, aceștia trebuie analizați mai atent. Dar, de cele mai multe ori, în numeroase afecțiuni dermatologice conflictele sunt superficiale și țin de condițiile din imediata apropiere a pacientului. Adeseori, prin simpla plasare a mâinii terapeutului pe fruntea pacientului în timp ce acesta se află în transă medie și sugestionarea lui că va fi capabil să se întoarcă în timp și să descopere ce s-a întâmplat acasă sau la serviciu când s-a declanșat boala, se obțin multe informații utile referitoare la etiologia bolii.

Wolberg (1969) descrie și tehnica vizualizării prin metoda teatrului interior; în afecțiunile dermatologice severe și cronice, terapia

necesită o transă profundă și multă răbdare, pentru că aceste conflicte profunde sunt greu de identificat, ceea ce impune utilizarea cu precădere a tehnicilor hipnoanalitice.

Afecțiunile dermatologice ce pot fi tratate prin hipnoterapie sunt: alopecia areată, eczemele, hiperhidroza, neurodermitele, psoriazisul, negii (s-au făcut cercetări cu două grupe de subiecți cu negi: prima grupă a beneficiat de tratament cu raze X, cea de-a doua grupă cu placebo instrumental. S-a observat că la ambele grupe negii au dispărut la fel de repede). În general, pentru hipnoterapia negilor sunt necesare două-trei ședințe pe săptămână. Pentru exemplificare vă oferim un model de instructaj: „Când îți ating mâna vei simți căldură, o căldură plăcută, care pătrunde prin piele în mâna ta. Pe măsură ce eu continui să-ți ating mâna crește senzația de căldură, astfel încât o poți percepe clar. Când ai senzația de căldură, ridică, te rog, cealaltă mână. Este bine așa! Acum îți voi atinge toți negii. Pe măsură ce îi ating simți cum căldura se concentrează în acel loc, iar ei devin mai calzi decât restul mâinii. Când simți căldura cuprinzând fiecare neg ridică cealaltă mână. Acum lasă mâna în jos. Pe măsură ce căldura cuprinde negii, aceștia vor deveni mici, se vor usca, se vor usca și vor dispărea treptat. Cu fiecare ședință, pielea ta devine tot mai sănătoasă pentru că negii se usucă și dispar treptat”.

Este foarte important ca tratamentul să-i ofere pacientului o explicație logică pentru dispariția negilor (de exemplu, Gheorghiu, în 1978, a administrat unui subiect următoarea sugestie: „Negii se usucă și dispar pentru că nu mai sunt alimentați cu sânge”).

6. Hipnoterapia în tulburările menstruale

Se pornește de la premisa că multe tulburări menstruale au adesea origine psihogenă, iar aceasta le face abordabile prin hipnoză. Hipnoterapia este mult mai eficientă dacă factorii emoționali sunt de dată recentă. În majoritatea cazurilor se pot obține rezultate favorabile fără hipnoanaliză prin simpla combinare a terapiei centrate pe simptom cu psihoterapia simplă de suport. Cele mai frecvente tulburări menstruale sunt: hemoragia uterină funcțională, amenoreea și dismenoreea funcțională.

Hemoragia uterină funcțională poate fi rezultatul unui șoc, al anxietății și al supraîncordării. Dar aceste cauze psihice trebuie suspendate după eliminarea cauzelor organice (deci examenul medical preliminar este obligatoriu). Cauzele psihice sunt multiple: o reacție de apărare împotriva actului sexual, teama inconștientă de sarcină etc. Majoritatea cazurilor se rezolvă doar prin administrarea unor sugestii directe de înlăturare a simptomului, iar pentru aceasta este necesar un stadiu cel puțin mediu al hipnozei. Pe lângă sugestiile directe de înlăturare a simptomului, terapeutul va oferi pacientei explicații, încurajări, deci o terapie suportivă. Un alt obiectiv important al terapiei este evitarea anemierii, iar pentru aceasta terapeutul trebuie să dea sugestii de reducere a fluxului de sânge la menstra normală. Cazurile severe de hemoragie uterină funcțională impun hipnoanaliză pentru identificarea cauzelor emoționale ce au determinat tulburarea.

Amenoreea poate varia de la oprirea completă a menstriei până la reducerea considerabilă a fluxului de sânge în menstră. Cauzele psihogene ale amenoreei pot fi evidențiate, cu siguranță, numai după eliminarea cauzelor organice, în categoria cauzelor psihogene pot fi incluse șocurile, anxietatea, teama de sarcină, atitudini greșite față de viața sexuală, absența unui partener, schimbări de mediu, detenția, situația de război. Hipnoterapia dă rezultate favorabile prin sugestii directe administrate în hipnoză. În cadrul sugestiilor directe se vor face referiri la faptul că ciclul menstrual se va restabili și funcționa normal, fără dureri, că menstra se va instala cu regularitate (la 28 de zile, fără excepție) (uneori este necesar să se precizeze data și durata menstriei). De cele mai multe ori este suficientă o singură ședință de hipnoterapie sau o discuție lungă cu un terapeut suportiv și înțelegător pentru rezolvarea problemei. Cazurile rebele de amenoree necesită intervenție hipnoanalitică pentru realizarea insight-ului cu privire la situația pacientei.

Dismenoreea funcțională are și ea origine psihogenă: se instalează ca un răspuns condiționat pentru că fetița află de la alții că menstra este în mod obligatoriu însoțită de durere și disconfort. Alți factori psihogeni ar fi: stresul, sentimentele de culpabilitate legate de masturbare, teama de viața sexuală, sarcina, conflicte în familie. Dismenoreea funcțională la femeile căsătorite poate fi un semn de dizarmonie conjugală; la femeile instabile emoțional și la fete, durerile menstruale pot fi atât de intense, încât le afectează activitatea profesională. Terapia dismenoreei funcționale trebuie să aibă în vedere

eliminarea cauzelor organice pasibile de a produce tulburarea, abia ulterior trecându-se la psihoterapie. Terapeutul va administra sugestii directe de eliminare a durerii, asociate cu sugestii de reducere a anxietății, a supraîncordării, a tensiunii și a expectațiilor anticipatorii. În cazurile rebele de dismenoree funcțională, hipnoanaliza este de un real folos, ea diagnosticând conflicte emoționale nerezolvate ce își caută o altă supapă și realizează astfel substituția de simptom.

7. Hipnoterapia în logonevroze

Subiecții care suferă de logonevroză (balbism) trebuie tratați cât mai timpuriu, pentru că dacă patternul de vorbire deficitar s-a instalat, acesta este dificil de restructurat. Chiar și tratamentul prin hipnoză este mai eficient la copii și adolescenți, comparativ cu adulții.

Se observă că pacientul trăiește tensional defectul lui, și actul vorbirii îl face irascibil și anxios. Această tensiune determină încordarea suplimentară a mușchilor laringelui, ai gâtului, ai feței, ai limbii, ai buzelor și uneori chiar încordarea mușchilor antenați în respirație. Cu cât pacientul încearcă mai mult să-și depășească tulburarea, el nu face decât să-și amplifice spasmele musculare, ceea ce creează noi dificultăți. Cercul acesta vicios se prelungește, iar subiectul ajunge foarte curând să dezvolte o logofobie (teama de a vorbi). Terapia logofobiei la copiii mici până la 9 ani constă doar în exerciții logopedice: copilul recită versuri bătând măsura, citește cu voce tare lungind vocalele și face exerciții de gimnastică respiratorie. Psihoterapia logonevrozei are drept obiective eliminarea simptomului și reducerea anxietății și a unor tulburări de personalitate apărute ca o consecință a logonevrozei.

Hartland (1979) face o serie de recomandări în terapia logonevrozei:

- Când se bănuiește prezența unor traume emoționale în antecedente, acestea trebuie neapărat explorate. Conflictele trebuie abordate, explicate, rezolvate, iar pentru a obține informații referitoare la acestea, terapeutul poate utiliza interviul clinic aprofundat și uneori hipnoanaliza.
- Stresurile și traumele actuale trebuie eliminate, de exemplu modificarea atitudinii părinților față de copilul balbic.

Este obligatoriu ca terapeutul să administreze sugestii cu caracter general, de calm, relaxare, destindere fizică și psihică, creșterea

încrederii în sine și întărirea Eului; în acest sens, un rol important îl au sugestiile centrate pe înlăturarea sentimentului de inferioritate și îmbunătățirea imaginii de sine a pacientului. Pacientului trebuie să i se sugereze că va fi atât de profund interesat de conținutul propriei comunicări, încât nu va mai acorda atenție modului de exprimare. Este absolut necesară restructurarea atitudinii față de propria deficiență: subiectului i se va spune că ceilalți acordă mult mai puțină atenție defectului decât o face el. În viața cotidiană, subiectul trebuie să-și creeze deprinderea de a vorbi rar, controlat și de a exercita un autocontrol al respirației. În desfășurarea tratamentului, terapeutul trebuie să aibă în vedere următoarele obiective: formarea la pacient a unor deprinderi de relaxare; întărirea Eului și creșterea încrederii în sine; reducerea anxietății legate de actul de comunicare; eliminarea simptomului prin sugestii directe, antrenarea în stare de hipnoză a vorbirii rare, clare, cu respirație corectă; minimalizarea pe cale sugestivă a semnificației psihice a situației în care este solicitată comunicarea; modificarea atitudinii pacientului față de deficiența sa.

În terapia logonevrozei se aplică cu succes: 1) tehnica desensibilizării; 2) tehnica imaginației dirijate. În primul caz este necesară o tranșă medie în care subiectului i se demonstrează că poate vorbi bine în stare de relaxare. Apoi se reduce treptat profunzimea hipnozei până când subiectul ajunge să vorbească fluent în simplă stare de relaxare. În cazul imaginației dirijate, terapeutul îi cere subiectului aflat în hipnoză să se imagineze pe sine vorbind în prezența unui grup de persoane față de care are, de regulă, dificultăți de exprimare și să asocieze această experiență cu o stare de calm, liniște, încredere. Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj: „Devii și rămâi tot mai calm, destins, relaxat. Ești tot mai relaxat și în prezența altora, indiferent dacă sunt mulți sau puțini, străini sau cunoscuți. Vei fi capabil să comunici cu aceste persoane de pe poziții de egalitate, fără urme de sentimente de inferioritate, fără să te simți bulversat, intimidat, ridicol, fără să-ți pese de ce vor gândi ele. Vei deveni atât de preocupat și absorbit de ceea ce ai de spus, încât nu vei mai acorda nicio atenție modului în care te exprimi. Vei deveni tot mai puțin conștient de prezența altora. Aceștia vor înceta să te mai deranjeze. Vei câștiga tot mai multă încredere în capacitatea ta de a vorbi clar și frumos. În fiecare zi vei exersa deprinderea de a vorbi tot mai controlat, răspicat, astfel încât, atunci când începi să vorbești, te simți foarte

relaxat, din ce în ce mai relaxat, atât fizic, cât și mental. Vei fi capabil să vorbești fără cea mai mică ezitare”.

O altă tehnică de terapie este regresia de vârstă cu hipnoanaliză. Se realizează abreacția (catharsisul) prin retrăirea în stare de hipnoză a conflictelor care au stat la baza tulburării. Pacientul este învățat să practice independent o tehnică de relaxare musculară, pentru că aceasta îi va accentua încrederea în sine și pentru că în etiologia acestor tulburări sunt incriminați foarte mulți factori ce determină contracția musculară, asupra cărora se poate acționa specific.

O idee importantă a terapiei balbismului este cea referitoare la motivarea pacientului pentru terapie. Cu cât acesta este mai motivat, cu atât cresc șansele de succes.

8. Hipnoterapia în tratamentul bolilor cardiovasculare

Există o serie de afecțiuni ale aparatului cardiovascular care beneficiază de pe urma hipnozei și autohipnozei. Dintre acestea amintim:

- Angina pectorală, în cazul căreia anxietatea, de regulă prin intermediul mecanismului hiperventilării, poate produce dureri în zona toracelui, dureri asemănătoare cu cele ale anginei de efort (Evans și Lum, 1977), după cum se poate întâmpla să o agraveze.

În cazul palpitațiilor, subiectul devine conștient de bătăile inimii sale, și acest lucru se petrece din cauza ritmului neregulat sau a pulsului accelerat. Și în acest caz, anxietatea poate agrava situația, acționând asupra sistemului nervos autonom deja dezechilibrat, fapt ce contribuie la creșterea secreției de adrenalină.

- Recuperarea în cazul unor tromboze coronariene. Pacienții care au suferit de o tromboză coronariană și la care se produce o combinație a anxietății legate de starea de sănătate cu imposibilitatea modificării stilului de viață reprezintă o problemă pentru cardiologi, deoarece pot ajunge relativ ușor în stare de epuizare, fapt ce contribuie la recădere.
- Hipertensiunea arterială. Cu probleme similare se confruntă și pacienții hipertensivi care trebuie să învețe să se relaxeze fizic

și psihic și să-și modifice stilul de viață până când tensiunea lor arterială ajunge să se stabilizeze.

Toate afecțiunile cardiovasculare menționate pot beneficia de pe urma hipnozei și autohipnozei, precum și a tehnicilor de autocontrol respirator.

9. Hipnoterapia în tratamentul insomniilor

Insomnia reprezintă unul dintre simptomele cel mai des întâlnite care însoțesc depresia majoră. Studiile clinice au evidențiat faptul că tulburările de somn apar la peste 90% dintre pacienții cu depresie majoră spitalizați, în timp ce pentru pacienții tratați în ambulatoriu se raportează un procent de peste 65% (McCall, Reboussin și Cohen, 2000; Nowell și Buyse, 2001). Tulburările de somn pot îmbrăca mai multe forme (Cadieux, 2004; Gutman și Nemeroff, 2005; Krahn, 2003):

- narcolepsia și hipersomnia ideopatică* — caracterizată prin somn excesiv în timpul zilei și crize episodice de somn;
- apneea obstructivă* din timpul somnului care conduce la fatigabilitate excesivă;
- sindromul picioarelor neliniștite* (tendința irezistibilă de a mișca picioarele în timpul nopții sau în timpul unor activități sedentare), ce are drept consecință insomnia sau somnul neodihnitor;
- tulburarea de comportament REM* (mișcări oculare rapide) — caracterizată prin aceea că subiectul gesticulează și strigă în timpul episoadelor de somn REM, atunci când visează;
- tulburarea periodică a mișcărilor coordonate de sistemul limbic*, caracterizată prin mișcări bruște de mică amplitudine la nivelul membrelor inferioare;
- tulburarea ritmului circadian*: incapacitatea subiectului de a dormi în perioadele normale de somn;
- insomnia*: dificultatea de a adormi sau de a rămâne adormit, sau somn superficial neodihnitor.

Tulburările de somn sunt asociate cu diverse condiții medicale și/sau psihiatrice. În literatura de specialitate se realizează și distincția dintre insomnia primară (insomnia ca tulburare independentă) și

insomnia secundară (insomnie consecutivă cu alte tulburări somatice sau psihice).

Yapko (2006) ne prezintă un program de hipnoterapie realizat pentru insomnia secundară depresiei majore (tulburare unipolar depresivă).

Așa cum am subliniat, insomnia este definită ca fiind plângerea clientului referitoare la dificultatea de a adormi, de a menține somnul, sau un somn superficial, neodihnit, care cauzează clientului o stare de disconfort și care afectează funcționarea acestuia în domeniile social, ocupațional sau în alte sectoare importante ale existenței sale (Littner et al., 2003, p. 754). Clientul semnalează că nu poate să adoarmă sau că se trezește în mijlocul nopții sau dimineața foarte devreme.

Gutman și Nemeroff (2005) sunt de părere că insomnia acută durează între una și trei nopți; în cazul insomniei cronice subiectul nu poate dormi cel puțin trei nopți pe săptămână timp de patru sau mai multe săptămâni. Insomnia cronică are o serie de consecințe negative dintre care menționăm aici: scăderea randamentului profesional, absenteismul, creșterea numărului de accidente, scăderea calității vieții, înregistrarea unor tulburări de atenție și memorie, fatigabilitate, scăderea interesului pentru activitățile sociale și de loisir, apariția simptomelor depresive și creșterea problemelor legate de consumul abuziv de alcool.

Deoarece insomnia și depresia sunt întâlnite frecvent împreună, se pune problema în primul rând dacă insomnia generează depresie, în cel de al doilea, dacă depresia conduce la insomnie sau, în fine, dacă cele două tulburări se potențează una pe cealaltă. Datele clinice au evidențiat faptul că adesea insomnia precede depresia (Ohayon și Roth, 2003), insomnia putând fi considerată un semnal de alarmă precoce și un factor de risc pentru instalarea unui episod depresiv, precum și pentru recăderile pe care le poate suferi clientul. Depistarea insomniei ar putea contribui la prevenirea depresiei, dar, din nefericire, puțini clienți informează medicul de familie în legătură cu aceste probleme (Cochran, 2003).

Jindal și Thase (2004) au evidențiat faptul că atunci când anxietatea reprezintă simptomul primar clienții suferă mai ales de insomnie de adormire, în timp ce atunci când depresia domină tabloul clinic se înregistrează mai ales insomnie de trezire. Terapeutul va trebui să obțină informații cu privire la calitatea somnului clientului bazându-se pe mai multe surse:

1 Interviu clinic

Vor fi adresate întrebări legate de debutul insomniei, durata și severitatea acesteia, de factorii precipitatori, stilul de viață, regimul alimentar (consumul de cafea, alcool etc.);

2 Solicitarea clientului să țină un jurnal în care să noteze particularitățile somnului timp de o săptămână.

Itemii care interesează sunt: ora de culcare, timpul necesar pentru a adormi, frecvența și durata trezirilor din timpul nopții, ora de trezire matinală; nivelul oboselii, ațipirile din timpul zilei, regimul alimentar etc.;

3 Aplicarea unor chestionare de evaluare a somnului, ca de pildă: Indexul Pittsburgh de calitate a somnului (Buyse, Reynolds, Monk, Berman și Kupfer, 1989) sau Scala de somn Stanford (Dement și Vaughan, 1999).

Tratamentul insomniei se realizează atât prin intermediul unor substanțe farmacologice, cât și prin psihoterapie. Psihoterapia insomniei implică următoarele aspecte:

- 4 Ameliorarea igienei somnului — se vor schimba conduitele și condițiile de ambianță legate de somn;
- 5 Reducerea anxietății;
- 6 Utilizarea unor tehnici de relaxare;
- 7 Tehnici cognitiv-comportamentale de restructurare a atitudinilor, a convingerilor și a gândurilor negative legate de somn („Dacă nu voi dormi opt ore, nu voi fi bun de nimic”).

Spre deosebire de medicamente, tehnicile psihoterapeutice nu dau dependență și pot fi aplicate în orice condiții.

O serie de studii au evidențiat rolul pozitiv al hipnozei în terapia tulburărilor de somn, mai ales a insomniei (Anderson, Dalton și Basker (1979); Bauer și McCanne (1980); Becker (1993), Borkovec și Fowels (1973); Evans (1976); Koe (1989); Kohen, Mahowald și Rosen (1992). Marea majoritate a acestor studii au demonstrat faptul că hipnoza contribuie la accentuarea relaxării, reducerea anxietății, precum și la încetinirea și redirecționarea fluxului ideativ. Yapko (2006) consideră că unul dintre simptomele comune depresiei și insomniei, și anume ruminațiile interioare, poate fi abordat eficient cu ajutorul hipnozei.

Așa cum am mai subliniat, ruminațiile reprezintă procesul cognitiv prin intermediul căruia subiectul derulează mereu același tip de gânduri. Acest stil cognitiv de a face față stresului conduce la depre-

sie și o exacerbează odată ce aceasta s-a instalat. Ruminațiile reprezintă și o modalitate de evitare a situației stresante pentru individ, ele generând anxietate și agitație interioară. Răspunsurile deschise de tip ruminativ implică faptul că subiectul le spune mereu celorlalți cât de rău se simte, de ce se simte rău, catastrofizând efectele negative ale faptului că se simte rău (Nolen-Hoeksema, 1991). Din cauza ruminațiilor, persoana evită să ia atitudine sau să acționeze întărindu-și sentimentele de inadecvare. Astfel va crește frecvența interpretărilor negative ale evenimentelor vieții, a amintirilor cu conținut negativ, a situațiilor în care diverse probleme au fost soluționate în mod defectuos și în același timp se reduce dorința subiectului de a participa la activități agreabile (Spasojevie și Alloy, 2001).

Nolen-Hoeksema (2000; 2003) a demonstrat experimental faptul că stilul adaptativ de tip ruminativ reprezintă un predictor pentru intensitatea simptomelor depresive care vor apărea în viitor, pentru cronicizarea acestora, precum și pentru nivelul anxietății asociate simptomelor depresive. În același timp, ruminațiile accentuează supraactivarea psihică și fizică a subiectului, care la rândul ei generează insomnie.

Studiile clinice au evidențiat că subiecții care dorm bine, interogați la ce se gândesc înainte de a adormi, afirmă că nu se gândesc la nimic. Aceasta înseamnă de fapt că ei au gânduri ne semnificative care nu au un conținut amenințător care să conducă la supraactivare care să interfereze cu profunzimea somnului. Dimpotrivă, subiecții care suferă de insomnii afirmă faptul că înainte să adoarmă se gândesc la probleme nerezolvate, la obligații neîndeplinite sau la pericole potențiale (Yapko, 2006, p. 148).

Același autor este de părere că hipnoza poate fi utilizată pentru redirectionarea gândurilor clientului care va fi învățat să nu mai reacționeze la acestea. Subiectul va fi instruit să-și relaxeze trupul și mintea, generând o serie de gânduri și imagini cu conținut liniștitor.

Pentru atingerea acestor obiective, planul de terapie va trebui să includă următoarele aspecte (după Yapko, 2006):

- Învățarea clientului să realizeze distincția dintre o analiză eficientă și ruminațiile lipsite de sens;
- Însușirea unor deprinderi de compartimentare a activităților, astfel încât să se delimiteze clar perioada de rezolvare de probleme de perioada de odihnă;

- Dezvoltarea unor strategii eficiente pentru rezolvarea problemelor de viață;
- Formarea unor strategii care să permită subiectului luarea unor decizii corecte, respectiv alegerea alternativei optime pentru soluționarea unei situații;
- Modificarea atitudinii față de somn, precum și a unor deprinderi legate de igiena somnului;
- Învățarea unor strategii de relaxare și autohipnoză („Limpezierea minții”) care să-i permită clientului să dirijeze gândirea într-o direcție benefică.
- Subliniem faptul că ședințele de hipnoză în cadrul cărora se urmăresc aceste obiective sunt diferite de cele în care hipnoza este utilizată pur și simplu pentru a-l determina pe client să adoarmă.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul instructajului adresat clientului (adaptat după Yapko, 2006, pp. 151–152):

„La o poziție confortabilă, comodă, așezat în fotoliu sau culcat pe canapea. Astăzi ne propunem ca obiectiv să ai un somn mai bun, odihnitor, relaxant. Închide ochii și relaxează tot corpul. Lasă corpul moale, destins, liniștit... relaxat. Aș dori să observi diferența între a fi cu ochii deschiși și a fi cu ochii închiși...

A fi cu ochii închiși înseamnă că nu te mai concentrezi asupra lucrurilor exterioare... Simplul fapt că rămâi cu ochii închiși înseamnă că lumea din jurul tău se îndepărtează cumva... parcă pierde din importanță...

Deși auzi sunete... sunetele obișnuite ale cabinetului... ale străzii... ciripitul păsărelelor... lătratul unui câine... zgomotul produs de trafic... toate aceste sunete intră în rutină... nu merită să le acorzi atenție... ele vin și pleacă... vin și pleacă... încetează să te mai tulbure... le ignori... îți amintesc faptul că undeva în fundal lumea exterioară funcționează după legile ei... fără ca să se petreacă ceva important... fără ca să-ți mai atragă atenția ceva anume... Mintea ta se eliberează pentru a se pregăti de somn... lași mintea să se odihnească... să devină tot mai liniștită, tot mai liniștită și observi ce bine te simți...

Amândoi știm că oamenii își vorbesc mereu în gând... și ai constatat la rândul tău că ai o voce interioară... prezentă mereu... voce care ți se adresează în permanență... Acest lucru este normal... Este normal să-ți repeți în gând lucruri care s-au petrecut în timpul zilei... să derulezi în minte lucruri care se pot întâmpla mâine... sau alte lucruri importante pentru tine...

Este foarte plăcut să constăți că poți să modifice atunci când dorești această vorbire interioară... s-o faci să sune mai tare sau mai încet... mai repede sau mai lent... poți s-o faci să pară uneori șoptită... să producă liniște și calm în mintea ta... Oamenii care dorm bine spun de obicei că nu se gândesc la nimic înainte de a adormi..., dar de fapt și ei derulează gânduri... au în mintea lor vorbirea interioară care le spune în șoaptă... calm... despre lucruri... plăcute... liniștitoare... ei creează imagini odihnitoare, relaxante în mintea lor... își închipuie cum călătoresc cu ajutorul minții în locuri minunate... în locuri de vacanță, la mare... sau poate la munte, pe meleaguri străine...

Important este pentru tine să înveți să-ți dirijezi gândurile, să le îndrepti spre lucruri plăcute... spre imagini liniștitoare... relaxante... pentru că tu ai capacitatea de a-ți îndrepta gândurile unde dorești... poți să-ți creezi propriile tale imagini... sunete, gânduri... liniștitoare... relaxante... plăcute... care te fac să aluneci în somn pe nesimțite...

Mintea ta este liberă... ești liber să te relaxezi... ești liber să nu te gândești la nimic... liber să te cufunzi într-un somn profund, odihnitor. Te lași purtat de experiența plăcută de a-ți dirija gândurile către o stare de relaxare, destindere, liniște... somn odihnitor. Mintea ta se relaxează... se odihnește... tot corpul tău se relaxează... se odihnește... tot corpul tău se relaxează... se destinde tot mai mult. Respirația ta devine tot mai liniștită, mai calmă, mai egală... tot mai relaxată.

Treptat, treptat realizezi că nu te mai gândești la nimic... sau aproape la nimic... sau la imagini plăcute, liniștitoare... gânduri la fel de plăcute, relaxante vin și pleacă... vin și se duc și te gândești cât de bine este să fii întins în pat calm și relaxat, calm și relaxat... să-ți simți tot trupul cuprins de o greutate plăcută, odihnitoare, contopindu-se... devenind una cu patul sau poate vei simți cum trupul tău devine tot mai ușor... tot mai ușor... ca un fulg... parcă plutești... plutești pe un nor pufos și alb... te cufunzi în puful moale al saltelei care este de fapt norul alb, pufos și moale și aluneci ușor într-o stare de calm, liniște, destindere... relaxare... plutești undeva între somn și veghe fără să fii încă pe deplin adormit... fără să fii pe deplin treaz și încet, încet te cufunzi într-un somn profund... liniștitor... odihnitor... adormi cu gândul că vei dormi foarte bine... extrem de bine... mintea ta este calmă, calm... liniștit... destins, relaxat... în timp ce aluneci în somnul profund, liniștitor... odihnitor.

Atunci când te vei trezi din acest somn profund, odihnitor, de câteva ore te vei simți odihnit... refăcut... plin de energie...

Este o experiență minunată să redescoperi că poți să adormi în mod firesc... natural... fără efort... că te poți cufunda în somnul odihnitor... profund... că poți trăi starea de liniște... pace interioară... alunecând ușor în somn... visând visele tale frumoase...

Te cufunzi tot mai mult în somnul plăcut, profund... odihnitor...".

Așa cum am mai arătat, insomnia poate să apară în diverse afecțiuni somatice sau psihiatrice, același lucru fiind valabil și în cazul depresiei. Din acest motiv este indicat să se solicite clientului un control medical amănunțit pentru a se evidenția cauzele care conduc la insomnie. Intervenția hipnotică descrisă mai sus trebuie inclusă în cadrul unui demers psihoterapeutic mai amplu care să vizeze următoarele aspecte:

- formarea unor deprinderi corecte legate de igiena somnului;
- formarea unor strategii decizionale eficiente;
- ierarhizarea activităților și stabilirea priorităților;
- diferențierea dintre o analiză mentală eficientă și ruminațiile inutile, generatoare de depresie și anxietate.

Pentru subiecții cu insomnia, Hunter (1988) recomandă următoarea strategie:

„Vă voi învăța cum să utilizați hipnoza pentru a vă îmbunătăți calitatea somnului. Oamenii folosesc hipnoza în multe feluri pentru a dormi. Unii subiecți sunt atât de relaxați în hipnoză, încât au tendința spontană de a adormi. Alții utilizează hipnoza pentru a intra într-un loc foarte liniștit, unde se simt bine și în siguranță și așteaptă ca somnul să vină de la sine”.

Vă prezentăm una dintre cele mai eficiente tehnici pentru combaterea insomniei: „Imaginați-vă că priviți o tablă neagră, o cretă și un burete. Imaginați-vă că scrieți cifra 1 în mijlocul tablei. Priviți-o câteva minute cu ochii minții. Ștergeți apoi cifra 1 și undeva într-un colț al tablei (mă întreb ce colț veți alege?) scrieți cuvântul somn pe care îl priviți un moment și apoi îl ștergeți. Scrieți apoi în mijlocul tablei cifra 2 și bucurați-vă de acțiunea de a scrie. Priviți cifra 2, apoi ștergeți-o și scrieți în colțul tablei cuvântul somn pe care, de asemenea, îl priviți și apoi îl ștergeți.

Scrieți apoi în mijlocul tablei cifra 3. Mă întreb cum o veți scrie? Va fi ea oare compusă din două semicercuri sau va conține și unghiuri? Mă întreb dacă semicercul de sus va fi mai mare decât cel de

jos. Priviți cifra pe care ați scris-o, ștergeți-o și scrieți cuvântul somn în colțul tablei, acordând o atenție specială fiecărei litere. Apoi scrieți în mijlocul tablei cifra 4. Îl faceți pe 4 din linii deschise sau desenați în partea de sus un triunghi închis. Există multe feluri de a scrie cifra 4. Continuați procesul de scriere a unei cifre pe care apoi o ștergeți și scrieți cuvântul somn în colțul tablei. Veți avea surpriza să vă treziți dimineța după un somn bun. Este interesant să vă amintiți câte cifre ați reușit să scrieți. De regulă, foarte puține persoane reușesc să scrie în gând mai mult de 10 cifre”.

O altă tehnică constă în a vă imagina numărul de cuvinte corelate cu somnul la care vă puteți gândi. Aflându-vă în stare de hipnoză încercați să jucați acest joc. Amintiți-vă termenii legați de cuvântul somn care vă vin în minte, cum ar fi: a adormi, somnoros, adormit, visător, pat, pernă etc. Pentru unii subiecți este potrivită tehnica de a aduna coloane lungi de cifre sau cea a jocurilor de cuvinte, în timp ce alții preferă să-și imagineze că se plimbă într-un loc plăcut, toate căile care duc spre acel loc fiind corelate cu somnul; astfel, o cărare poate duce spre un hamac, alta spre un coș în care doarme un pisoi, alta spre dormitorul în care dormeați când erați mic. Cereți propriului inconștient să vă ajute să găsiți cea mai bună tehnică pentru a vă ameliora somnul, tehnică ce vi se potrivește cel mai bine.

Și acum, câteva cuvinte despre persoanele care obișnuiesc să se trezească în toiul nopții. Cel mai bun lucru în astfel de cazuri este să vă sculați și să vă îndeletniciți cu ceva care vă face plăcere: tricotați, scrieți versuri, dezlegați cuvinte încrucișate. Luați-vă în același timp angajamentul că veți rezerva activității preferate o jumătate de oră înainte de a adormi. Astfel, atunci când vă veți scula vă veți reaminti cu plăcere că v-ați acordat un anumit timp special pentru dumneavoastră. Puteți apoi să adormiți liniștit, amintindu-vă cât de plăcută a fost ultima jumătate de oră de dinaintea somnului.

O altă tehnică de utilizare a hipnozei în cazul insomniilor constă în a vă întoarce în timp în copilărie, când somnul era plăcut, natural, ca de la sine.

„După cum vedeți, știți multe lucruri despre somn. Corpul dumneavoastră știe să se odihnească; el posedă acest program de somn corect încă de dinainte de naștere. Permiteți corpului și inconștientului să regăsească aceste informații. Conștientul dumneavoastră, mintea dumneavoastră lucidă poate face ceea ce dorește în timp ce inconștientul și corpul dumneavoastră reînnoiesc vechi-

le cunoștințe despre somn. Poate că sunteți interesați de sentimentele plăcute și familiare induse de accesul la vechile informații referitoare la somnul natural. Lăsați aceste sentimente să plutească libere și liniștite. E bine așa. Cunoașteți acum mai multe metode de a adormi. Totuși pot exista unele care rămân ascunse conștientului dumneavoastră, pentru care inconștientul poate considera că trebuie să rămâneți treaz sau să aveți un somn foarte superficial. E posibil ca subconștientul dumneavoastră să considere că menținerea acestui model de somn deficitar vă este încă necesară. Spuneți inconștientului și corpului dumneavoastră că a sosit momentul ca acest vechi model de somn să fie dat deoparte pentru că acum aveți nevoie de un nou model de somn odihnitor, potrivit pentru prezent și viitor.

Poate, cu timpul, inconștientul va considera că trebuie să vă aducă la cunoștință și motivele pentru care a fost necesar acel vechi model de somn superficial. Acum însă bucurați-vă de noul model de somn odihnitor. Gândiți-vă cu plăcere la somnul relaxant care vă va odihni tot mai bine în fiecare noapte.”

10. Antrenamentul mental pentru vindecarea încununată de succes (Hunter, 1988)

„În ultimele săptămâni ați învățat foarte multe despre modul cum lucrează corpul și mintea dumneavoastră. Ați descoperit, mai ales, ce mult poate fi influențată funcționarea organismului atunci când există o comunicare și un schimb de informații între inconștient și organism. Vă este clar, de asemenea, cât de important este să transmiteți organismului mesajul referitor la refacerea sănătății. Vom transmite astăzi împreună câteva mesaje pozitive într-o manieră foarte simplă și practică. Așezați-vă într-o poziție comodă și intrați în hipnoză până la acel nivel care este potrivit pentru dumneavoastră astăzi.

În ședințele anterioare am afectat un anumit timp trecerii în revistă a evenimentelor trecute care v-au adus în starea actuală pentru a încheia cu acest trecut și a-l da la o parte. Am consumat un anumit timp și pentru a recâștiga sentimentul vitalității și starea de bine interior. Astăzi a sosit momentul să ne ocupăm de viitor, să ne proiectăm în viitor,

în acea perioadă când o să vă simțiți mult mai bine și o să vă bucurați de lucrurile bune care vă așteaptă.

Atunci când veți simți atingerea degetului meu pe frunte deplasați-vă în viitor, în perioada în care vă veți simți bine, când simptomele dumneavoastră vor dispărea. V-ați atins scopul recâștigând sentimentul de bine al corpului și minții. Bucurați-vă să trăiți senzația de energie și de vitalitate. Lăsați conștientul să devină o parte a minții, trupului și a sufletului, vedeți-vă și auziți-vă pe dumneavoastră înșivă. Simțiți cum vă bucurați de viață, realizând toate acele lucruri care vă fac plăcere. Gândiți-vă la hobby-ul dumneavoastră, imaginați-vă că vă plimbați pe faleză, pe o cărare care trece printr-o pădure sau că dansați, că vă aflați la o petrecere. Gândiți-vă că v-ați întors de la serviciu și faceți o treabă bună pentru că acum puteți să vă concentrați foarte bine, întrucât vechile simptome nu vă mai deranjează.

Trăiți senzația minunată de bine. Petreceți mai mult timp proiectându-vă în viitor și trăind starea de bine fizic și psihic. De fiecare dată când vă aflați acolo, trimiteți mesaje puternice, pozitive, inconștientului și, prin intermediul acestuia, corpului dumneavoastră. Vizitați locul și timpul acela din viitor de mai multe ori în următoarele zile și săptămâni atunci când practicați autohipnoza acasă. De fiecare dată când realizați acest lucru, vă reafirmați și vă reîntăriți forța care vă face să vă simțiți bine. Atunci când veți reveni în această cameră, veți ieși din hipnoză în maniera dumneavoastră caracteristică."

Hunter (1988) propune și o altă **tehnică de utilizare a imaginației dirijate în scop de vindecare**. *Iată instructajul administrat subiecților:*

„Toate ființele vii, plante sau animale, au în comun, printre altele, și faptul că posedă în interiorul lor o incredibilă capacitate de auto-vindecare. Dacă vă amintiți de un animal rănit sau de o plantă lovită, veți fi convinși de adevărul spuselor mele. Animalul își linge rănila și se vindecă singur, iar plantei îi cresc noi crenguțe și frunze. Și dumneavoastră posedați această uimitoare capacitate, aveți această energie vindecătoare în forul dumneavoastră lăuntric. Intrați în hipnoză și coborâți în interiorul ființei dumneavoastră, unde se află sursa acelei energii vindecătoare. Conștientizați sursa energiei care vindecă și care își are originea chiar în interiorul propriei ființe. Imaginați-vă că adunați acea energie și o dirijați spre acea parte a

corpului care vă pune probleme. Intuiția este cea care trebuie să vă spună unde este bine să trimiteți energia respectivă.

Fiecare om are noțiunea sau imaginea sa personală în legătură cu energia vindecătoare. Pentru mine, de pildă, ea seamănă cu o lumină, cu un fel de rază de soare pe care o pot dirija în orice parte a corpului doresc. Este o lumină galbenă-aurie care înconjoară și scaldă zona bolnavă sau lovită. Descoperiți propria imagine sau noțiune cu privire la energia internă vindecătoare. Localizați-o în profunzimea ființei dumneavoastră și dirijați-o acolo unde corpul are nevoie de ea. Acum căutați să simțiți cum procesul de vindecare începe să se producă în interiorul corpului. Simțiți cu adevărat cum procesul de vindecare lucrează în interiorul corpului. Dirijați energia vindecătoare în acele zone ale corpului care au nevoie de ea. Uneori veți fi surprinși de faptul că ați ales în mod intuitiv o parte a corpului la care nici nu v-ați gândit până atunci. Știind însă că inconștientul posedă mai multe informații decât mentalul dumneavoastră conștient, acordați-i încredere și trimiteți energia în acea parte a corpului pe care o alegeți pe baze intuitive.

Acum lăsați imaginația dumneavoastră să creeze o imagine asupra modului în care se prezintă partea bolnavă sau rănită a corpului dumneavoastră. Creați imaginea și modalitatea sau modalitățile senzoriale care vă convin: vizuală, kinestezică, auditivă etc. Imaginea trebuie să fie plastică, așa cum ar fi apărut ea într-un atlas de anatomie. Desigur, la unele persoane, componenta vizuală va fi completată cu cea kinestezică și/sau auditivă. Creați o imagine cât mai vie, cât mai detaliată. Plasați după aceea imaginea undeva într-o zonă laterală a câmpului conștiinței. Apoi începeți să creați o altă imagine — imaginea vindecării, a convalescenței, a refacerii. Această imagine va ilustra modul în care se va prezenta corpul dumneavoastră atunci când vă veți simți din nou bine. Creați imaginea propriei vindecări în culori cât mai variate, cu cât mai multe detalii. Pentru unii subiecți, imaginea va fi realistă, pentru alții, ea poate căpăta un caracter simbolic. Plasați noua imagine creată peste cea veche. Sarcina dumneavoastră constă în înlocuirea noii imagini cu cea veche. Unii subiecți își pot imagina că suprapun pur și simplu noua imagine peste cea veche, de parcă ar fi un alt diapozitiv care îl înlocuiește pe cel proiectat anterior. Alte persoane își pot imagina, de pildă, că desenează o nouă imagine care o înlocuiește pe cea veche. Când practicați autohipnoza acasă, lucrați permanent pentru a întări imaginea ce reflectă situația în

care vindecarea s-a produs deja. Cu cât veți lucra mai mult, cu atât mesajul pe care îl veți transmite inconștientului va fi mai puternic. Acest mesaj va suna astfel: «Eu pot să mă fac bine. Mă aflu deja pe calea vindecării»”.

11. Hipnoterapia în enurezis

Enurezisul la copii

Înainte de începerea unei psihoterapii pentru înlăturarea enurezisului, terapeutul trebuie să se asigure mai întâi dacă enurezisul are o cauză organică și/sau psihogenă. Deci, abia după o examinare somatică și urologică amănunțită ce înlătură o eventuală cauză organică se poate trece la căutarea cauzelor psihogene ale enurezisului. În acest context, intră în acțiune o multitudine de factori.

Enurezisul la copii poate apărea surprinzător după o perioadă în care copilul nu l-a avut și poate fi consecința unor deprinderi igienice greșite, formate în perioada în care copilul a fost bolnav. Apariția altui copil în familie poate favoriza enurezisul ca expresie a unei mari anxietăți, copilul făcând eforturi să atragă atenția și asupra sa, fără a fi conștient de acest mecanism. De asemenea, enurezisul poate apărea și ca o reacție de apărare împotriva unui părinte hipergrăjiiu. În aceste situații, copilul trebuie mai curând compătimit decât blamat, iar pronosticul psihoterapiei urmează să fie calculat în funcție de factorii din mediu care întrețin simptomul. În primul rând, terapeutul trebuie să ia legătura cu părinții, care sunt sfătuiți să manifeste indiferență față de situația creată. Mama este îndrumată să nu-i dea copilului lichide seara, să-l culce devreme și să-l pună să urineze înainte de culcare. Copilul mai trebuie trezit o dată pentru a urina înainte ca mama să se culce. În relația cu copilul, terapeutul trebuie să-i câștige încrederea și cooperarea, pentru că, de cele mai multe ori, copilul urinează în pat atunci când se teme că o va face. După inducerea hipnotică, terapeutul dă copilului următorul instructaj:

„Din cauza somnului profund în care te afli, vei deveni tot mai puternic de la o zi la alta. Vei deveni tot mai liniștit, tot mai puțin nervos, te vei supăra tot mai rar și mai puțin. De la o zi la alta vei simți că ai tot mai mare încredere, stăpânire de sine, că nu ai griji, încredere. Când îți ating burtica (este foarte importantă adevărarea me-

sajului la nivelul de înțelegere al copilului), vei simți că vine acolo tot mai multă căldură, burta ta devine caldă, tot mai caldă, foarte caldă. Când vei simți cald în burtică ridică mâna. Lasă mâna în jos (în cazul în care copilul a ridicat mâna). Pe măsură ce continui să-ți ating burta, căldura se împrăștie în toată burta ta și la vezică, acolo unde stă urina. Pe măsură ce vine căldura acolo, vezica devine tot mai puternică și poate ține urina toată noaptea. Când te trezești dimineața, patul este uscat. Cu fiecare tratament pe care ți-l fac, vezica ta devine tot mai puternică, poate ține urina. Nu vei bea nimic înainte de culcare și vei ține minte să mergi la toaletă. Nu te vei mai teme că urinezi în pat pentru că nu vei mai simți nevoia să te duci la baie noaptea. Vei dormi foarte bine, dar nu foarte adânc, astfel încât chiar dacă îți apare o nevoie noaptea, burta ta se va simți atât de încordată, încât vei avea destul timp să te duci la baie. Când vei reveni în pat vei adormi imediat”.

În continuarea acestui instructaj este utilă includerea unor sugestii posthipnotice: „În timpul zilei, când vrei să urinezi, să te stăpânești cât mai mult și să mergi la baie doar atunci când nu mai poți. Cu cât faci mai mult asta, vei vedea că poți să ții lichidul cât mai mult în tine. Pe măsură ce se vor întâmpla cele spuse de mine, vei deveni tot mai liniștit, tot mai mulțumit, tot mai puțin supărat. Acum voi număra de la 7 la 1, vei deschide ochii și vei fi pe deplin treaz. Te simți foarte bine, ca după un somn lung”.

Enurezisul la adulți

Acest simptom este mult mai dificil de tratat. El se asociază frecvent cu o mare imaturitate emoțională și determină stări depresive și complexe de inferioritate. Wolberg (1969) consideră că acest simptom este menținut de conflicte inconștiente, de natură agresivă sau sexuală. De asemenea, el susține că simptomul poate fi interpretat ca un echivalent al masturbării. După părerea autorului, agresivitatea poate fi orientată spre părinți sau spre lume în general și reprezintă un strigăt inconștient de ajutor din partea unor personalități pasive și imature, în cazurile în care predomină conflictele de natură inconștientă, modalitatea cea mai bună de abordare este hipnoanaliza. La cei cu personalități dependente și pasive, un rol foarte important îl au sugestiile de întărire a Eului. În plus, aceste simptome sunt frecvent o piedică în calea căsătoriei sau a carierei. Deci pacientul va dori cu atât mai mult să scape de simptom. Pe lângă sugestiile de întărire

a Eului se dau sugestii specifice de tipul: „Cu fiecare ședință de relaxare vei înceta să te porți ca un copil și vei fi capabil să faci față dificultăților ca un adult”. Tot ca o modalitate de fugă, de apărare, poate fi interpretat și somnul prea profund al acestor subiecți.

IX

Hipnoza în tulburările conduitei alimentare

Anorexia și bulimia nervoasă reprezintă tulburări complexe care au la bază trăsături disociative de personalitate (Russel, 1979; Beaumont și Abraham, 1983). Aspectele disociative se referă la imaginea corporală și la experiențele senzoriale interoceptive, precum și la elementele mai arhaice, ce țin de fixațiile unor moduri infantile de relaționare din copilărie. Deoarece hipnoza implică, la rândul său, experiențe disociative (Hilgard, 1977) și modalități regresive de relaționare (Nash, 1988), nu este de mirare că această metodă s-a dovedit utilă în tratamentul tulburărilor conduitei alimentare. Deși preocupările pentru hipnoterapia anorexiei nervoase datează încă de la începutul secolului al XX-lea (Janet, 1925), cercetări mai sistematice au fost realizate mai recent. Astfel, Crasilneck și Hall (1975) au tratat prin hipnoză 70 de pacienți cu anorexie, obținând ameliorări semnificative la mai mult de jumătate dintre aceștia. În fazele acute, subiecților le-au fost administrate sugestii directe de stimulare a senzației de foame și de obținere a satisfacției de pe urma mâncatului, aceștia fiind instruiți apoi în tehnica autohipnozei.

Krager și Fezler (1976) au aplicat și ei hipnoza în tratamentul anorexiei, utilizând, la rândul lor, sugestii directe de stimulare a apetitului, de scădere a anxietății, precum și de actualizare a unor amintiri plăcute legate de consumul unor alimente. Thakur (1980) a utilizat în aceste cazuri tot sugestii directe de creștere în greutate, de stimulare a unor deprinderi alimentare sănătoase, precum și de formare a unei imagini corporale mai realiste. Gross (1983) a tratat 50 de adolescenți anorectici internați la un spital de neuropsihiatrie infantilă.

a Eului se dau sugestii specifice de tipul: „Cu fiecare ședință de relaxare vei înceta să te porți ca un copil și vei fi capabil să faci față dificultăților ca un adult”. Tot ca o modalitate de fugă, de apărare, poate fi interpretat și somnul prea profund al acestor subiecți.

IX Hipnoza în tulburările conduitei alimentare

Anorexia și bulimia nervoasă reprezintă tulburări complexe care au la bază trăsături disociative de personalitate (Russel, 1979; Beaumont și Abraham, 1983). Aspectele disociative se referă la imaginea corporală și la experiențele senzoriale interoceptive, precum și la elementele mai arhaice, ce țin de fixațiile unor moduri infantile de relaționare din copilărie. Deoarece hipnoza implică, la rândul său, experiențe disociative (Hilgard, 1977) și modalități regresive de relaționare (Nash, 1988), nu este de mirare că această metodă s-a dovedit utilă în tratamentul tulburărilor conduitei alimentare. Deși preocupările pentru hipnoterapia anorexiei nervoase datează încă de la începutul secolului al XX-lea (Janet, 1925), cercetări mai sistematice au fost realizate mai recent. Astfel, Crasilneck și Hall (1975) au tratat prin hipnoză 70 de pacienți cu anorexie, obținând ameliorări semnificative la mai mult de jumătate dintre aceștia. În fazele acute, subiecților le-au fost administrate sugestii directe de stimulare a senzației de foame și de obținere a satisfacției de pe urma mâncatului, aceștia fiind instruiți apoi în tehnica autohipnozei.

Krager și Fezler (1976) au aplicat și ei hipnoza în tratamentul anorexiei, utilizând, la rândul lor, sugestii directe de stimulare a apetitului, de scădere a anxietății, precum și de actualizare a unor amintiri plăcute legate de consumul unor alimente. Thakur (1980) a utilizat în aceste cazuri tot sugestii directe de creștere în greutate, de stimulare a unor deprinderi alimentare sănătoase, precum și de formare a unei imagini corporale mai realiste. Gross (1983) a tratat 50 de adolescenți anorectici internați la un spital de neuropsihiatrie infantilă.

Deși tratamentul a fost adaptat fiecărui pacient în parte, autorul a identificat câteva simptome de bază ale acestei afecțiuni, simptome ce pot fi abordate prin intermediul hipnozei:

1) *Hiperactivitate*

Au fost administrate sugestii de relaxare, reducerea ritmului respirator și a celui cardiac și au fost sugerate sentimente agreabile legate de imaginarea unor scene din natură.

2) *Distorsionări ale imaginii de sine*

Fotografiile trupurilor scheletice ale pacienților au fost comparate cu cele ale unor tineri care arătau bine.

3) *Deficit în ceea ce privește conștientizarea unor senzații interoceptive*

Terapeutul a administrat sugestii directe menite să focalizeze atenția subiectului asupra senzațiilor de foame și sațietate.

4) *Deficit la nivelul autostimei*

Au fost administrate sugestii de întărire a Eului, de îmbunătățire a autostimei și sporire a asertivității subiectului. S-a utilizat și tehnica progresiei în viitor în cadrul căreia subiectul se vizualizează pe sine ca fiind eficient și în afara familiei.

5) *Amintiri refulate ale unor evenimente psihotraumatizante din trecut*

A fost aplicată tehnica regresiei de vârstă pentru a explora conflictele inconștiente care au contribuit la instalarea simptomelor.

6) *Înlăturarea rezistențelor deschise sau mascate la psihoterapie*

Terapeutul a prezentat hipnoza ca fiind o metodă de control al greutății și nu atât de creștere în greutate. Au fost administrate și sugestii care realizau legătura dintre deprinderi alimentare mai sănătoase și performanțe mai bune la sport, învățatură sau în activitatea profesională.

Nash și Baker (1993) prezintă un model terapeutic aplicat cu succes pe 31 de femei între 17 și 31 de ani, diagnosticate ca suferind de anorexie nervoasă. Programul a inclus atât terapie individuală, cât și de grup, precum și utilizarea ocazională a tratamentului psihiatric. Hipnoza a fost prezentată ca o parte a unei intervenții psihoterapeutice mai complexe bazate pe supoziția că tulburarea conduitei

alimentare constituie o metaforă pentru o serie de conflicte interpersonale și intrapsihice. Aceste conflicte sunt centrate în jurul aspectelor patologice legate de Eu, control și dorință de putere, precum și pe diferențierea și integrarea unei identități personale mature și coerente.

Deși pacienții cu anorexie nervoasă reprezintă un grup destul de eterogen, autorii au reușit totuși să sintetizeze câteva aspecte comune ale demersului lor terapeutic.

1) Hipnoza a fost prezentată pacienților ca o metaforă de ameliorare a autocontrolului, a siguranței interioare și a abilității de a stăpâni situațiile și nu ca o tehnică de control al deprinderilor alimentare sau de revenire la o greutate normală. Pacienții s-au dovedit mai receptivi la acceptarea hipnozei ca un auxiliar în cadrul terapiei, pentru că majoritatea manifestau o atitudine ambivalentă față de activitățile menite să le modifice deprinderile alimentare și să-i aducă la greutatea normală. De asemenea, pacienții au acuzat stări de anxietate legate de pierderea autocontrolului, fapt ce i-a determinat să dorească să participe la un program destinat să faciliteze creșterea eficienței și a siguranței de sine.

2) Utilizarea unei tehnici de inducție structurate și permissive care se bazează pe relaxare și imaginație dirijată. Structurarea inducției este utilă pentru a ține sub control experiențele regresive din timpul transei, experiențe care pot speria sau chiar traumatiza din nou pacienții anorectici. Abordarea permisivă contribuie la evitarea rezistențelor pacienților, precum și a conflictelor specifice luptei pentru putere din cadrul relației terapeutice.

3) Primele ședințe de hipnoză au drept obiectiv creșterea încrederii în sine a clientului, a forței Eului, a capacității de funcționare autonomă, precum și a expectațiilor pozitive legate de succesul terapiei. Din acest motiv, autohipnoza este introdusă încă de la începutul terapiei, pacienții fiind învățați s-o utilizeze pentru a-și controla sentimentele de insecuritate și anxietate între ședințele de psihoterapie. Se administrează sugestii directe și indirecte de destindere, confort psihic, întărirea eului, de dezvoltare a unor abilități de autocontrol, precum și pentru formarea unor atitudini pozitive referitoare la capacitatea de autoreglare și adaptare a subiectului.

- 4) După ce clientul și-a însușit autohipnoza și după ce sugestiile hipnotice și metoda imaginației dirijate au condus la întărirea alianței dintre terapeut și client, se utilizează intervenții terapeutice ținute, pentru reducerea simptomelor mai direct legate de anorexia nervoasă. Mulți pacienți au dificultăți să-și perceapă senzațiile fiziologice care provin de la propriul organism, având tendința de a disocia Eul corporal de cel spiritual. Sugestiile și imaginația dirijată au în aceste situații drept obiectiv conștientizarea senzațiilor interoceptive de foame, precum și restabilirea legăturilor dintre trup și minte. În cazul în care subiecții devin anxioși, deoarece le sunt atinse mecanismele de apărare, se administrează sugestii de calm și relaxare. Se procedează astfel până când pacienții devin capabili să rămână liniștiți și să se simtă bine atunci când încearcă să controleze corpul cu ajutorul mentalului. Adesea, pacienții relatează faptul că au început să nu mai poată mânca atunci când în familie au avut loc experiențe psihotraumatizante asociate cu anxietate și agresivitate. Situațiile respective vor fi re trăite în stare de transă, pacienții fiind învățați să-și identifice emoțiile și apoi să reducă intensitatea acestora. Ei își vor însuși apoi noi strategii de a face față stresului pentru a nu mai recurge la blocarea alimentației, retragere și conduite disociative care conduc la distorsionarea experiențelor și a imaginii corporale.
- 5) O altă tehnică hipnotică se referă la lucrul asupra imaginii de sine. Pacienților aflați în stare de hipnoză li se cere să-și proiecteze imaginile conștientizate și preconștiente pe un ecran imaginar. Se utilizează apoi tehnica regresiei de vârstă pentru a descoperi rădăcinile și cauzele care au stat la baza distorsionării imaginii de sine. Imaginea corporală deformată proiectată pe ecranul mental va fi apoi corectată tot în plan imaginar. Se va utiliza după aceea progresia de vârstă în cadrul căreia pacienții vor exersa la nivel de antrenament mental noua imagine de sine adecvată.
- 6) Corectarea imaginii corporale va fi corelată apoi cu formarea și dezvoltarea unei identități personale adecvate și mature, deoarece mulți anorectici trăiesc conflicte serioase legate de maturizare și independență, din cauza constelației familiale în care s-au dezvoltat. Terapeutul va utiliza tehnica visului hipnotic

- pentru a-l ajuta pe client să-și clarifice conflictele asociate cu deficiențele de la nivelul identității personale. Se vor folosi apoi sugestiile directe și indirecte, precum și imaginația dirijată pentru a reconstrui un Eu specific unei personalități mature și echilibrate.
- 7) Terapeutul va utiliza hipnoza și pentru a destructura relația dintre comportamentul alimentar patologic și stările afective negative. În stare de hipnoză, pacientul se va confrunta cu ideea existenței conexiunii dintre afectele negative și refuzul alimentelor. Apoi terapeutul va conduce procesul de catharsis (descărcarea acestor emoții) și îi va sugera clientului faptul că are posibilitatea să obțină un bun autocontrol asupra stărilor sale emoționale. Se utilizează tehnica visului hipnotic, a imaginației dirijate, precum și metode de abreacție în stare de hipnoză.
 - 8) Obiectivul final al terapiei constă în înarmarea clientului cu abilități de autoreglare și de a face față stresului. Imaginația dirijată și progresia de vârstă vor fi utilizate pentru a-i crea subiectului sentimentul de încredere în capacitatea sa de a tolera stările afective legate de procesul de maturizare și de formare a unei identități personale bine structurate.
- Torem (2001) subliniază faptul că există foarte puține date referitoare la utilizarea hipnozei în terapia anorexiei nervoase sau a bulimiei, deși utilitatea acesteia a fost menționată încă de Pierre Janet (1907; 1919). Cu toate acestea, unii autori au lansat ipoteza conform căreia clienții cu tulburări ale conduitei alimentare suferă de episoade, de disociere intrapsihică (Pettinati, Horne și Staats, 1982, 1985; Council, 1986, și Torem, (1986a, 1990). Aceste studii au condus la constatarea că pacienții bulimici sunt mai hipnotizabili comparativ cu cei cu anorexie nervoasă. Griffith (1989) a utilizat cu succes un model de hipnoterapie de orientare comportamentală în tratamentul bulimiei nervoase, iar Gross (1984) a obținut succese aplicând hipnoza la pacienți cu anorexie nervoasă, deși autorul consideră că nu toți anorecticii sunt în mod automat potriviți pentru hipnoză.
- Clinicienii de orientări diverse au găsit mai multe tipuri de cauze care stau la baza tulburărilor conduitei alimentare (Torem, 2001, p. 206):

1. Teama subiecților de a deveni adulți și de a atinge maturizarea sexuală deplină (Bruch, 1973, 1974; Gross, 1984).

2. Perfecționismul, tendințele obsesive și imaginea corporală distorsionată (Bruch, 1973, 1974, 1978).
3. Amestecul familiei și lupta clientului pentru autonomie (Minu-ehin, Rosman și Backer, 1978).
4. Teama de sarcină, de a scoate la suprafață impulsuri încărcate de ostilitate și nevoia de autopuniție (Evans, 1982).
5. O psihotraumă timpurie nerezolvată (Damlouji și Ferguson, 1985; Goodwin, 1988; McFarlane, McFarlane și Gilchrist, 1988; Torem și Curdue, 1988; Goodwin și Attias, 1993).
6. Existența unui mecanism de tip disociativ (Pettinati, Horne și Staats, 1982, 1985; Pettinati, Kogan, Margolis et al. 1989; Schwartz, Barrett și Saba, 1985; Council, 1986; Sanders, 1986; Torem, 1986a, b, 1989; Chandarana și Malla, 1989).
7. Prezența unor personalități multiple (Torem, 1984; Torem și Curdue, 1988; Torem 1989b, 1990, 1993; Kluft, 1991; Ross, 1989; Goodwin și Attias, 1993; Coutwill, 1994).

Torem (2001, p. 207) relatează faptul că atunci când realizează interviul clinic cu astfel de clienți este atent la existența unor ambivalențe și conflicte interioare referitoare la simptomele din sfera alimentară și la comportamentul general al clientului, așa cum rezultă din exemplele următoare:

„De multe ori nici nu-mi dau seama de ce procedez așa... mă simt atârnat de confuză, încât parcă nu sunt eu...”

„O parte din mine ar vrea să înfulece mâncarea, iar o altă parte detestă acest lucru și se simte dezgustată...”

„Deși poate nu mă credeți, uneori nici nu-mi amintesc ce mult am mâncat... prietenul meu sau mama mea îmi spun, dar eu nu țin minte...”

„Mă urc pe cântar și constat că am slăbit cinci kilograme și tot mă simt grasă... știu că este absurd... dar parcă o voce interioară îmi spune că sunt prea grasă...”

„Uitați-vă cum arăt !... arăt groaznic, îmi e rușine să ies pe stradă (clienta este o fată înaltă, subțire și foarte frumoasă)...”

„Mă tem de bărbați... de toți bărbații... parcă mă ascund în spatele grăsimii...”

Mulți clienți (cliente) cu tulburări în sfera conduitei alimentare se simt neajutorați, lipsiți de speranță și jenați de faptul că au fost nevoiți să apeleze la un psihoterapeut pentru a rezolva această problemă. Terapeutul va trebui să adopte o atitudine permisivă, lăsând clien-

ta să vorbească despre ce anume dorește, fiind atent la metaforele utilizate, urmărind comunicarea atât la nivel manifest, cât și la nivel latent. Demersul terapeutic va începe, ca și în alte cazuri, cu învățarea unei tehnici de relaxare sau autohipnoză cu sugestii de destindere, calm, stare de bine interior, de confort psihic.

În continuare va fi utilizată tehnica imaginației dirijate prin intermediul căreia clientul va identifica un spațiu imaginar unde poate reveni oricând pentru a se simți bine. Sunt administrate, de asemenea, și sugestii de întărire a Eului.

Instructajul administrat va îmbrăca următoarea formă:

„La poziția de relaxare așezată pe fotoliu... ești calmă, liniștită, destinsă... tot mai relaxată... tot mai relaxată... pe măsură ce te relaxezi tot mai mult, trăiești o stare de calm, liniște, pace interioară, armonie... și îți dai voie să accepți faptul că pornești pe calea vindecării, a progresului, a bunăstării... accepți să-ți trăiești viața într-un mod matur și sănătos, într-un mod sănătos, matur, adaptat... Reînveți treptat să devii liberă, să trăiești în prezent... să trăiești ca o persoană sănătoasă, matură, împlinită... zi după zi te simți tot mai bine... din ce în ce mai bine... devii tot mai puternică, mai energică, mai vioaie, mai plină de energie... mai încrezătoare în propria persoană, în destinul tău, în înțelepciunea ta... Ești tot mai conștientă de faptul că meriți să trăiești o viață frumoasă, plină de bucurii... să o înfrunți cu optimism și încredere... zi după zi devii tot mai puternică, starea ta sufletească devine tot mai stabilă, tot mai bună... te simți din ce în ce mai bine... Zi după zi devii tot mai interesată de ceea ce faci... de ceea ce se petrece în jurul tău... zi după zi mintea ta devine tot mai limpede, tot mai clară... ești tot mai calmă, mai liniștită, mai senină... gândurile tale sunt tot mai limpezi, tot mai clare... trăiești o stare de liniște interioară, de armonie care îți cuprinde trupul și mintea..., iar trupul tău răspunde comenzilor minții... devii tot mai calmă, mai echilibrată, mai stăpână pe tine... Atenția ta este tot mai concentrată, tot mai focalizată pe ceea ce îți propui să realizezi. Te accepți pe tine cu plăcere, cu bunăvoință, reînveți să te vezi într-o lumină pozitivă... ai tot mai multă încredere în forțele proprii, în calitățile și talentele tale... ai tot mai multă încredere în viitorul tău... în faptul că vei trăi o viață frumoasă, împlinită, fericită...”

Toate aceste lucruri se vor realiza treptat... va trece un anumit timp până ce ele se vor îndeplini... atâta timp de cât ai nevoie... atâta timp

de cât are inconștientul tău nevoie pentru a duce la îndeplinire obiectivele tale... Acum acordă-ți puțin timp pentru a reflecta la cum va arăta existența ta atunci când toate aceste schimbări minunate se vor produce. Atunci când consideri că ai terminat, revino treptat din starea de relaxare... revino aici și acum... Eu voi număra de la 10 la 1 și tu vei reveni, vei reveni treptat aici și acum... din starea de relaxare. Inconștientul tău va reține toate sugestiile de vindecare, de progres, de evoluție fizică, mentală, emoțională... Odată ce vei ajunge cu număratoarea la 1, vei fi complet revenită, alertă, atentă la ceea ce se petrece în jurul tău... și vei putea funcționa eficient în perioada care va urma..."

Clienta va fi instruită apoi să practice independent acasă o tehnică de relaxare învățată anterior împreună cu terapeutul. O parte importantă a demersului terapeutic o reprezintă restructurarea cognitivă în stare de hipnoză. Clienta este învățată să privească vechile probleme într-o lumină nouă și să descopere noi soluții la problemele de viață.

Instructajul administrat poate îmbrăca următoarea formă (adaptat după Torem, 2001, p. 210):

„Ești foarte calmă și relaxată... brațele tale sunt grele, foarte grele... grele ca de plumb... picioarele grele, foarte grele... grele ca de plumb... întregul corp este cuprins de o stare de greutate plăcută... odihnitoare... ești tot mai relaxată... Aflată în stare de relaxare, realizezi faptul că inconștientul a devenit aliatul tău și împreună realizați un pact pentru a dezvolta o nouă relație între tine și corpul tău... În această relație tu îți propui să-ți respecti și să-ți protejezi corpul pe parcursul întregii vieți. Vei învăța să-ți formezi o nouă viziune asupra corpului tău care este ca o ființă lipsită de apărare, depinde de tine și are nevoie să fie protejată și îngrijită... Corpul tău seamănă cu o plantă rară prin care tu poți să trăiești viața... să o simți cu toată ființa ta... să te bucuri de ea... și de aceea corpul tău are nevoie de respect și protecție. Devii tot mai conștientă că, pentru corpul tău, să înfuleci și apoi să vomți reprezintă o otrăvă adevărată (*pentru anorectici sugestia va fi modificată astfel: pentru corpul tău înfometarea este o adevărată otrăvă*)...

Realizezi faptul că nu poți trăi fără corpul tău... ai nevoie de el pentru a trăi... pentru a trăi viața din plin, pentru a te bucura de ea... și de aceea corpul tău merită respect și protecție. Dacă ești de acord, fă un semn cu capul. Acest angajament făcut între tine și in-

conștientul tău va fi pecetluit pentru totdeauna și ori de câte ori vei mai simți nevoia să înfuleci, să vomți sau să te înfometezi, angajamentul îți va aminti că trebuie să-ți respecti și să-ți protejezi corpul pentru tot restul vieții. Tu împreună cu inconștientul tău ai realizat un angajament să respectați și să protejați corpul și pe măsură ce acest angajament intră în acțiune, gândurile care te împing să înfuleci, să vomți sau să te înfometezi devin tot mai slabe... tot mai slabe până când dispar complet. Ești de acord să întărești angajamentul tău de a-ți proteja și respecta corpul? Dacă da, fă un semn cu capul... Acum repetă în gând după mine următoarele afirmații care vor funcționa atât la nivel conștient, cât și la nivel inconștient:

- pentru corpul meu, nu neapărat pentru mine, înfulecatul, vomitul sau înfometarea reprezintă o adevărată otrăvă,
- am nevoie de corpul meu pentru a trăi,
- pentru că doresc să-mi trăiesc viața din plin, îmi iubesc, îmi respect și îmi protejerez corpul.

Acum, după ce ți-ai reafirmat și întărit angajamentul prin care ai promis să-ți respecti și să-ți protejezi corpul până la sfârșitul vieții, vei face acest exercițiu acasă de două ori pe zi. În felul acesta îți vei recăpăta sentimentul autocontrolului asupra existenței tale, asupra activității școlare (profesionale), relațiile cu cei din jur vor deveni tot mai bune, vei fi capabilă să înveți lucruri noi, să-ți faci planuri de viitor, să te bucuri de viață... Acum aș dori să faci o călătorie în viitor și să te vezi pe tine pe deplin vindecată, sănătoasă, mulțumită, eficientă... Trăiește acum bucuria deplină de a-ți vedea corpul sănătos și frumos... te bucuri tot mai mult de viață, de realizările tale... de corpul tău frumos și sănătos".

Terapeutul va avea o discuție cu clienta în cadrul căreia îi va explica faptul că, dacă își va spune în gând că nu mai mănâncă în mod compulsiv sau nu mai vomită, se va întâmpla exact contrariul, pentru că își va administra sugestia să realizeze exact lucrurile pe care dorea să le evite. Torem (2001) atrage atenția și asupra faptului că în cazul clientelor cu anorexie va trebui folosită sugestia „capeți tot mai multă forță” în loc de câștigi „în greutate”. Vor fi utilizate, de asemenea și imagini care sugerează creșterea, maturizarea, integrarea, autocontrolul și libertatea de alegere (Baker și Nash, 1987).

Metafora metamorfozei unei omizi într-un fluture cu sexul clar diferențiat, liber să zboare din floare în floare, spre deosebire de omida care este nediferențiată sexual, imatură și limitată în acțiuni, poate fi

de un real folos (Torem, 2001, p. 212). Această metaforă este utilă mai ales în cazul adolescenților frământați de conflicte centrate în jurul identității sexuale.

Metoda progresiei de vârstă în varianta „întoarcerii din viitor” (Torem, 1992) va consta în solicitarea clientei să se vizualizeze pe sine complet refăcută, cu o imagine de sine pozitivă și având toate obiectivele îndeplinite.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul instruktajului administrat clientelor (adaptat după Torem, 2001, p. 212):

„În timp ce stai comod pe fotoliu și te simți tot mai relaxată, tot mai profund relaxată... tot mai liniștită... imaginează-ți că te urci într-o mașină a timpului și călătorești în viitor... te deplasezi în timp și ai acum 18 ani, 19, 20, 21, 22 de ani... ai terminat facultatea și ți-ai găsit un serviciu bun, așa cum ți-ai dorit... locuiești singură într-un apartament de două camere pe care ți l-au cumpărat părinții... Îți imaginezi acum că te afli într-un magazin... probabil la mall și probezi niște haine... te privești în oglindă și te bucuri de modul în care arăți... ești grațioasă, subțire, dar bine făcută... te bucuri de feminitatea ta... Îți accepți corpul, feminitatea, te bucuri de ea... ești mulțumită și mândră de tine... Te pregătești să te întâlnești cu un băiat care te place, te admiră și te iubește... și tu îl placi și îl iubești... Și la serviciu te simți foarte bine, ești apreciată, admirată de colegi... ai succes... tocmai ai fost promovată și ai primit un salariu mai bun... Te simți mulțumită, împlinită, mândră de tine și de succesele tale... mergi în fiecare zi la serviciu cu bucurie, cu satisfacție... ești veselă și plină de energie...

Ești calmă, echilibrată, stăpână pe tine, ai curajul să-ți exprimi părerile, emoțiile... îți afirmi cu fermitate punctul de vedere, dar în același timp ești flexibilă, deschisă la dialog... respecti opiniile celorlalți. Acum ia cu tine rezerva de înțelepciune, bucurie, cunoaștere, calm, stăpânire de sine, încredere, maturitate și urcă-te înapoi în mașina timpului pentru a reveni din nou la vârsta de 17 ani, în clasa a unsprezecea. Lasă mintea ta inconștientă să te ajute să utilizezi resursele de înțelepciune, încredere, bucurie, cunoaștere, calm, stăpânire de sine, pentru a te vindeca, a evolua, a te perfecționa tot mai mult, pentru a pași pe cărarea sănătății și a eficienței. Chiar dacă nu-ți vei aminti nimic din ceea ce s-a întâmplat astăzi, inconștientul tău va continua să lucreze în favoarea ta minut după minut, oră de oră, zi după zi, lună după lună, an după an... va continua să lucre-

ze în favoarea ta de-a lungul întregii tale vieți... Iar dacă dorești să-ți amintești ceva, îți vei aminti toate acele lucruri de care ai nevoie pentru a continua procesul de refacere, de vindecare, de evoluție personală...”

Clientei i se trasează ca sarcină pentru acasă să descrie în scris experiența călătoriei în viitor, experiență ce va fi analizată împreună cu terapeutul. Torem (2001) subliniază faptul că acei clienți care își descriu experiența utilizând timpul trecut răspund bine la acest gen de intervenție.

Același autor obișnuia să administreze clientelor sale și anumite prescripții de tip metaforic:

- să-și redecoreze camera;
- să-și cumpere o rochie nouă;
- să-și schimbe ochelarii;
- să planteze roșii și să le culeagă doar atunci când sunt pe deplin coapte;
- să adopte un pui de animal (cățel, pisică etc.).

1. Regresia de vârstă și catharsisul

Aceste strategii se utilizează atunci când etiologia tulburării conduitei alimentare are la bază o psihotraumă timpurie. În astfel de cazuri, hipnoza poate fi utilizată ca instrument psihodiagnostic, fiind administrate tehnici ca puntea afectivă (Watkins, 1978; Channon, 1980), precum și alte metode hipnoanalitice în combinație cu cea a semnalului ideomotor. Odată identificată problema, pacientul va fi regresat până la perioada în care a avut loc psihotrauma care a stat la originea tulburării conduitei alimentare. Mulți pacienți realizează o descărcare emoțională datorită retrăirii traumei, fapt ce le produce o anumită ușurare, precum și o ameliorare a simptomelor, deși vindecarea completă nu are loc. Pentru ca această strategie să dea roade, este necesară aplicarea unor metode adiționale, cum ar fi restructurarea cognitivă și sugestiile hipnotice de vindecare, maturizare, refacere și depășire a traumelor trecutului.

O altă metodă ce poate fi aplicată subiecților cu tulburări ale conduitei alimentare este terapia stărilor Eului (Watkins și Watkins, 1982). Obiectivul acesteia constă în soluționarea unor conflicte intra-

psihice, strategiile utilizate fiind comportamentale, psihodinamice, directive, suportive și experiențiale (inclusiv tehnici de relaxare și biofeedback). Terapia pornește de la premisa că simptomele și problemele clientului sunt cauzate de stări disociate ale Eului aflate în conflict. Comunicarea terapeutică realizată cu aceste părți ale Eului reduce tendința subiectului de a acționa în mod disociat. În urma terapiei, clientul va depăși starea de confuzie generată de procesul de disociere și va atinge un nivel de claritate a conștiinței, înțelegere și autocontrol.

Obiectivul demersului terapeutic nu îl reprezintă fuziunea totală a părților Eului într-un tot unitar, ci mai curând o creștere a permeabilității limitelor fiecărei instanțe psihice, o armonie interioară și o mai bună cooperare între acestea. Stările Eului cu caracter dezadaptativ nu trebuie eliminate, ci trebuie corectat comportamentul, fapt ce va contribui și la armonizarea instanței psihice în cauză.

Torem (2001, p. 216) prezintă criteriile după care se poate evalua eficiența terapiei în cazul tulburării conduitei alimentare:

1. Reducerea simptomelor în ceea ce privește frecvența, intensitatea, precum și efectele acestora asupra funcționării clientului în viața cotidiană.
2. Modificări în sfera comportamentală. Se referă la abilitatea clientului de a dezvolta relații interpersonale sănătoase, abilități sociale, capacitatea de a desfășura în mod eficient o activitate profesională sau academică.
3. Ameliorarea autostimei.
4. Imaginea de sine corporală se va modifica de la una distorsionată la una cu caracter realist.

2. Hipnoterapia în obezitate

Levitt (1993) subliniază faptul că obezitatea este un fenomen cu cauze multiple și complexe. Studiile clinice au evidențiat că indivizii supraponderali prezintă mai multe tulburări emoționale și trăsături nevrotice comparativ cu normoponderalii, fără a se evidenția însă vreo legătură între obezitate și o constelație psihopatologică anume.

Rodin (1982), Swanson și Dinello (1970) sunt de părere că obezitatea are cauze metabolice, neurologice, socioeconomice și psihologice.

Mâncatul excesiv, la fel ca și fumatul, reprezintă un comportament patologic care trebuie supus controlului voluntar și din acest motiv psihoterapia și, mai ales, hipnoterapia pot să dea rezultate încurajatoare.

O serie de autori au utilizat în cazul obezității *sugestiile directe* de tipul:

„Dorința de a consuma alimente interzise (dulciuri, pâine) va dispărea treptat și pentru totdeauna... îți vei aminti imediat că trebuie să eviți aceste alimente și vei avea forța de a continua acest regim, vei deveni tot mai puternic, tot mai independent pe zi ce trece... Pur și simplu, îți va dispărea dorința de a consuma alimente care îngrașă” (adaptat după Crasilneck și Hall, 1975, p. 169). Se pot utiliza și sugestii directe cu conținut negativ, sugestii care se combină cu cele pozitive, rolul lor fiind acela de a crea subiectului averșiune față de anumite alimente (Miller, 1976; Barabasz și Spiegel, 1989).

Tehnica imaginării dirijate poate fi aplicată și ea cu succes în hipnoterapia obezității (Stanton, 1975; Kline, 1982; Andersen, 1985; Friesen, 1986). Conținutul antrenamentului mental diferă de la autor la autor, cel mai frecvent utilizate fiind reprezentarea mentală a persoanei după ce obiectivul a fost atins, precum și repetarea în plan mental a unor conduite alimentare adecvate. Deosebit de utile sunt și sugestiile de întărire a Eului și de creștere a încrederii pacientului în reușita tentativei sale de a slăbi. Se recomandă, de asemenea, utilizarea unor tehnici de relaxare sau autohipnoză care să contribuie la o mai bună autoreglare psihosomatică a individului.

Levitt (1993, p. 546) propune un program complex de terapie comportamentală pentru pacienții cu obezitate, program în cadrul căruia hipnoza reprezintă doar una dintre strategiile de intervenție.

Programul poate fi aplicat atât individual, cât și în grup.

1. Regim alimentar hipocaloric.
2. Automonitorizarea cantității de alimente ingerate timp de două săptămâni. Pacientul trebuie să noteze tipul de alimente ingerate, circumstanțele în care mănâncă, fără a-și propune pentru început reducerea rației calorice, în vederea conștientizării faptului că se supraalimentează.
3. Controlul condițiilor în care se utilizează hrana.
 - a) Situația în care se alimentează persoana. Subiecții cu obezitate mănâncă mult mai frecvent și în mai multe ocazii decât persoana-

nele normale. Acestora li se recomandă să mănânce numai la orele de masă și chiar cu anumite tacâmuri.

- b) Comportamentul alimentar. Persoanele obeze trebuie să mănânce mai încet pentru a permite realizarea digestiei încă din timpul mesei, fapt ce înlătură senzația de foame încă înainte ca subiectul să fi terminat de mâncat.
- c) Realizarea unui șir mai lung de acțiuni înainte ca persoana să ingereze alimentele (cumpărarea, prepararea alimentelor, aranjarea mesei).
4. Creșterea motivației clientului pentru scăderea în greutate. Toți pacienții care se angajează într-un program de terapie a obezității sunt conștienți de faptul că este bine să slăbească, dar motivația lor este adesea neclară, ei exprimându-se în termeni vagi: „doresc să mă simt mai bine”; „aș vrea să arăt mai bine” etc. Terapeutul trebuie să atragă atenția asupra consecințelor patologice ale obezității, cum ar fi bolile coronariene, hipertensiunea arterială sau diabetul. Cunoașterea motivațiilor care îl determină pe pacient să slăbească este importantă pentru inducția hipnotică și construirea sugestiilor hipnotice.
5. Practicarea exercițiilor fizice. Acestea sunt importante atât pentru arderea caloriilor, cât și pentru transformarea țesuturilor adipose în masă musculară.
6. Strategii hipnoterapeutice. Tehnicile utilizate de către terapeut se aplică inițial în cadrul heterohipnozei și apoi în autohipnoză. Se vor folosi sugestiile directe pentru a întări celelalte aspecte ale programului de slăbire: regimul alimentar, exercițiile fizice, precum și condițiile în care se administrează hrana. Se întăresc, de asemenea, prin intermediul sugestiilor, consecințele negative ale obezității, pentru a spori motivația subiectului, în vederea îndeplinirii programului propus. Tehnica imaginației dirijate va fi aplicată pentru creșterea încrederii în posibilitatea atingerii obiectivului curei de slăbire.

Kirch (1992) prezintă un astfel de instructaj: „Închipuie-ți că te privești într-o oglindă și vezi propria imagine. Nu este vorba de o oglindă obișnuită, ci de oglinda viitorului... a viitorului pe care îl vei transpune în realitate. Te vezi pe tine devenind din ce în ce mai slab în oglindă, tot mai slab... tot mai slab... Kilogramele se tocesc așa cum se topește zăpada sub razele fierbinți ale soarelui. Acum ai atins gre-

utatea dorită și te vei putea privi în oglinda viitorului și te vei mândri cu faptul că ți-ai îndeplinit obiectivul”.

Majoritatea pacienților cu obezitate au făcut numeroase încercări nereușite de a scădea în greutate, și acest lucru le-a zdruncinat încrederea în sine.

Din acest motiv, terapeutul va administra în timpul transei sugestii care să-l determine pe pacient să ignore eșecurile anterioare și să se centreze pe strategiile actuale, întărind expectațiile legate de succes.

Tot prin intermediul sugestiilor hipnotice se va anihila descurajarea care poate să apară dacă subiectul nu a reușit să piardă în greutate într-un termen scurt, descurajare care l-ar putea determina să abandoneze programul.

Vanderlinden (2001) este de părere că hipnoza nu reprezintă o metodă de terapie independentă, ci trebuie combinată cu alte tehnici sau trebuie integrată în cadrul unui sistem terapeutic mai complex pentru a avea rezultatele scontate la pacienții obezi. Acest autor propune un sistem directiv de terapie, de orientare eclectică și pragmatic (Vanderlinden, Norre și Vanderycken, 1992), care cuprinde componente comportamentale, cognitive și interacționale.

Obezitatea, care presupune prezența unui țesut adipos în exces, a devenit o problemă serioasă de sănătate în ultimii ani. Studiile epidemiologice au arătat că în Statele Unite aproximativ 35% din populație suferă de obezitate, în timp ce în Europa procentul este de 10 până la 25% (Vanderlinden, 2001, p. 220). Deși există numeroase teorii explicative ale acestui fenomen, majoritatea autorilor cad de acord asupra faptului că în etiologia obezității sunt implicați factori biologici, genetici și psihologici.

Smith și Fremouw (1987) au identificat mai multe elemente care pot contribui la un pronostic favorabil în terapia acestei afecțiuni.

1. O reducere a aportului caloric contribuie semnificativ la scăderea în greutate. De asemenea, un metabolism accelerat reprezintă un pronostic favorabil.
2. Exercițiile fizice realizate cu regularitate și mișcarea conduc la accelerarea metabolismului și la scăderea în greutate.
3. Pacienții obezi care au avut în antecedente diete severe și frecvente prezintă un pronostic rezervat.

4. Obezitatea instalată încă din copilărie, care conduce la o creștere a numărului de celule adipoase care sunt ireversibile, prezintă, de asemenea, un pronostic slab.
5. Pacienții care au ținut un timp îndelungat o dietă lipsită de carbohidrați pot dezvolta o tendință irezistibilă de a consuma în exces astfel de produse interzise. Din acest motiv, introducerea unei anumite cantități de carbohidrați este absolut necesară pentru a preveni recăderile.

Trebuie subliniat și faptul că un tratament încununat de succes trebuie realizat pe termen lung, cu ajutorul unui terapeut experimentat și trebuie să includă, pe lângă dietă, exerciții fizice și cooperarea familiei (Bennet, 1986).

Terapeutul va trebui să evalueze prezența tuturor acestor variabile în planificarea tratamentului și să stabilească obiective realiste și individualizate. Uneori scăderea în greutate nu reprezintă obiectivul prioritar, ci acceptarea de sine a clientului în calitate de persoană supraponderală. Cea mai cunoscută strategie terapeutică împotriva obezității o reprezintă o combinație între abordarea cognitiv-comportamentală și hipnoterapie. Studiile clinice au evidențiat faptul că acest tip de abordare conduce la rezultate superioare comparativ cu terapia comportamentală pe o perioadă de trei luni (Barabasz și Spiegel, 1989), șase luni (Cochrane și Friese, 1986) și doi ani (Bolokovsky, Spinler și Coulthard-Morris, 1985). Aceste date conduc la concluzia că hipnoza contribuie în mod semnificativ la îmbunătățirea rezultatelor terapiei.

Mai multe studii pe termen lung au demonstrat și faptul că subiecții la care a fost utilizată și hipnoza continuau să piardă în greutate și după încheierea perioadei de tratament (Vanderlinden, 2001, p. 223).

Prezentăm mai jos programul de hipnoterapie propus de Vanderlinden, Norre și Vanderychen, 1992).

1. Etapa inițială: Însușirea unor tehnici de relaxare.

Majoritatea clienților obezi sunt persoane foarte încordate, obișnuite să-și reducă tensiunile mâncând în exces. Din acest motiv este absolut necesar ca aceștia să-și însușească o tehnică de relaxare sau autohipnoză ca o strategie adaptativă pentru înlocuirea alimentării excesive, tehnică ce va trebui practică zilnic. Inițial hipnoza este practică în cabinetul de psihoterapie, autorii propunând tehnica inducției prin fixare, adâncirea transei și sugerarea faptului că se află într-un loc secret, agreabil, unde se simt foarte bine, pot reveni ori-

când și pot reflecta asupra problemelor celor mai importante ale existenței lor.

Tehnicile hipnotice vor fi utilizate și pentru a-i ajuta pe clienți să capete un anumit autocontrol asupra comportamentului alimentar (Wright și Wright, 1987). Acestora li se va cere să identifice situațiile în care își pierde controlul (de regulă mâncatul excesiv are loc în anumite locuri, în situații specifice). Se vor administra sugestii pentru ca subiecții să identifice declanșatorii interni sau externi care activează acest tip de comportament (declanșatorii interni pot fi modificările de dispoziție, în timp ce declanșatorii externi pot ține de accesibilitatea procurării hranei).

Sugestiile hipnotice se vor referi la următoarele aspecte (Coman și Evans, 1995):

- reducerea cantității de alimente;
- mâncatul la ore și în locuri fixe;
- menținerea unei diete riguroase;
- reducerea rezervelor de alimente;
- inducerea unor reacții aversive (greață, dezgust) la ingestia unor alimente cu încărcătură calorică ridicată.

Un element important al terapiei îl reprezintă modificarea deprinderilor alimentare. Majoritatea persoanelor obeze au deprinderi alimentare care diferă de ale celorlalți oameni. Astfel, ei mănâncă în mod automat, aproape neconștientizat și foarte repede. Terapeutul va trebui să-i ajute prin intermediul sugestiilor hipnotice să mănânce la fel ca toată lumea. În timpul transei hipnotice, li se va sugera să-și imagineze că stau la masă, calmi, liniștiți și savurează alimentele înghițitură după înghițitură, mestecă încet, bucurându-se de gustul și mirosul alimentelor. Se administrează și sugestii posthipnotice, ca subiecții să mănânce liniștit și acasă.

Aflat în hipnoză, subiectul va fi solicitat să descrie alimentele aflate pe masă, inclusiv modul în care miroso, după care i se administrează următorul instructaj (Vanderlinden, 2001, p. 225):

„Atunci când stomacul tău îți semnalează faptul că îți este foame, decide mai întâi ce vei mânca și că iei o înghițitură și te concentrezi asupra gustului... poate vei identifica un nou gust... o nouă aromă. Caută să mănânci încet... cât mai încet posibil..., în așa fel încât să te bucuri de hrană mai mult ca de obicei... Mai ia o înghițitură și încă o înghițitură și, pe măsură ce o savurezi, devii tot mai conștient de faptul că este foarte plăcut să mănânci încet, concen-

trându-te tot mai mult asupra senzațiilor pe care le încerci... Sunt gusturi și mirosuri diferite... Iar atunci când stomacul tău îți semnalizează faptul că este plin de hrană, devii tot mai conștient de senzația de sațietate, de plin..., astfel încât poți să te oprești din mâncat fiind satisfăcut, mulțumit, bucuros de această nouă și unică experiență...”

Așa cum am mai subliniat, pacienții obezi trebuie să reînvețe să conștientizeze senzațiile de foame sau sațietate. După inducția hipnotică, aceștia vor fi dirijați să se concentreze asupra senzațiilor pe care le au în stomac, să comunice cu acesta, care le va semnaliza dacă este gol sau plin:

„Foamea va reprezenta pentru mine un semnal... că a venit timpul să mănânc și să mă bucur de alimente. În timp ce savurez alimentele voi intra în contact cu stomacul meu și mă voi concentra asupra senzațiilor care provin de la acesta... devenind tot mai conștient de faptul că stomacul îmi spune când este deja plin cu alimente...”

Exercițiile fizice contribuie la accelerarea metabolismului și drept consecință, la scăderea în greutate. În timpul transei hipnotice clientului i se vor administra și sugestii legate de faptul că face tot mai multă mișcare. I se poate sugera chiar că se vede pe sine pedalând pe o bicicletă, alergând sau înotând.

Vanderlinden (2001) recomandă și utilizarea hipnozei active (Banyiai, Zseni și Turi, 1993), în cadrul căreia hipnoza este indusă în timp ce clientul pedalează pe o bicicletă ergometrică, cu ochii deschiși, primind sugestii de activare, alertă și senzație de revigorare.

Prin intermediul acestui exercițiu sunt atinse mai multe obiective, accelerarea metabolismului, relaxarea în timpul unei activități motrice și creșterea motivației pentru practicarea exercițiilor fizice.

„Acum trebuie să pedalezi și ești atent la vocea mea și te concentrezi asupra senzațiilor corporale... pe măsură ce continui să pedalezi, devii tot mai conștient de mișcările ritmice ale mușchilor tăi... mai ales cele ale mușchilor picioarelor. Concentrează-te asupra mișcărilor ritmice ale picioarelor... Observă cum mișcările de pedalare devin automate, tot mai automate, ți-e tot mai ușor să pedalezi... tot mai ușor... vei pedala tot mai relaxat... tot mai relaxat... tot mai ușor... mai automatizat. Exercițiul fizic îți va accelera metabolismul... te va ajuta să consumi calorii... Pe măsură ce pedalezi ai impresia că picioarele tale devin independente de corp... se mișcă automat... și, pe măsură ce respiri aerul pur, mintea ta devine tot mai limpede, tot

mai clară... te vei concentra tot mai ușor, te vei simți tot mai relaxat, tot mai stăpân pe tine... tot mai conștient de resursele tale interioare...”

Foarte puțini clienți ce suferă de obezitate vor reuși să câștige autocontrolul și să renunțe la deprinderile lor alimentare defectuoase. În majoritatea cazurilor, este necesară o abordare terapeutică mai de profunzime pentru explorarea semnificației obezității în existența trecută și actuală a clientului.

2. *Etapă intermediară a terapiei:* Modificarea modului distorsionat de gândire.

O serie de gânduri și convingeri negative pot contribui la menținerea obezității. Acestea se referă la atitudinea față de hrană, stima de sine scăzută și modul în care este percepută și trăită experiența legată de corpul propriu. În afară de sugestiile clasice legate de supraalimentare, „a mânca excesiv reprezintă o otrăvă pentru organismul tău” (Spiegel și Spiegel, 1978), terapeutul va trebui să abordeze și sentimentele de inferioritate pe care le trăiesc clienții obezi. Mulți dintre aceștia au și sentimente de dezgust față de corpul propriu. Din acest motiv, sugestiile de întărire a Eului vor fi administrate pentru a îmbunătăți autostima clientului (Brown și Fromm, 1987). Clienților aflați în transa hipnotică li se va cere să-și imagineze că se privesc într-o oglindă și se evaluează într-o manieră pozitivă.

Studiu de caz (1)

Renata, o economistă în vârstă de 38 de ani, necăsătorită, s-a prezentat la psihoterapie cu o serioasă problemă de greutate corporală: cântărea 125 de kilograme la o înălțime de 1,67 m. După un an de psihoterapie clienta abia ce a reușit să slăbească 3 kilograme. Problema ei s-a manifestat încă din copilărie și ea a urmat nenumărate diete, dar fără succes. Imediat ce reîncepea să mănânce normal, se îngrășa din nou. Renata trăia un puternic sentiment de inferioritate și nu ieșea din casă decât pentru a merge la serviciu.

Scalele de hipnotizabilitate au evidențiat faptul că Renata avea un nivel de susceptibilitate hipnotică mediu spre ridicat. Din anamneză a rezultat faptul că aceștia îi va fi foarte greu să slăbească. În această situație terapeutul a decis să înceapă terapia abordând aspecte legate de sentimentele de inferioritate și imaginea de sine a clientei. În transa hipnotică, i s-a sugerat faptul că face o călătorie într-o lume în care greutatea corporală mare este valorizată.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul instructajului administrat clienței, adaptat după Vanderlinden, 2001, p. 227:

„În timp ce stai comod pe fotoliu te simți tot mai relaxată, tot mai destinsă, tot mai liniștită... aș dori acum să facem o călătorie imaginară într-o țară... poate o țară arabă... unde aproape toate femeile sunt obeze... iar greutatea corporală mare este valorizată... este un semn de bogăție și bunăstare... În această țară, femeile trebuie să fie obeze pentru a putea fi considerate frumoase și atrăgătoare... poate să ți se pară ciudat... dar lucrurile sunt foarte diferite aici față de lumea noastră... Imaginează-ți cum asculți comentariile pozitive pe care le face lumea la adresa ta... A fi plinuță este pentru tine o nouă experiență... vei începe să-ți privești corpul într-o manieră nouă... mai pozitivă... să te accepți pe tine...”

3. Întărirea motivației pentru terapie

Pacienții obezi se lasă foarte ușor descurajați și adesea se gândesc să întrerupă terapia, pe care o consideră inutilă. O creștere nesemnificativă în greutate este considerată o catastrofă.

Pentru a aborda această problemă, terapeutul va trebui să administreze sugestii directe de întărire a motivației, ca în exemplul de mai jos:

„Acum, după ce ai învățat să acorzi respect corpului tău, realizând un echilibru între alimentație și starea fizică, zi după zi vei deveni tot mai conștientă de importanța alimentației raționale și a exercițiului fizic... și vei rămâne conștientă de importanța acestora pe parcursul întregii tale existențe... Practicarea zilnică a relaxării te va ajuta să atingi greutatea dorită, să o menții, simțindu-te tot mai relaxată, tot mai liniștită... tot mai împlinită... tot mai mulțumită de modul în care arăți... Treptat, treptat, constăți că toate eforturile tale, toate noile deprinderi pe care le-ai dobândit cu ajutorul acestora au devenit automate... ți-au intrat în obișnuință... le faci acum ușor, ca de la sine... fără efort...”

Vor fi utilizate de asemenea, strategia consecințelor pozitive și negative (Wright și Wright, 1987) și exercițiile de imaginație dirijată orientate spre viitor, pentru a întări motivația clientului pentru schimbare și pentru a-l pregăti pentru posibile recăderi.

Studiu de caz (2)

Georgiana, o ingineră în vârstă de 35 de ani, s-a prezentat la psihoterapie cu o greutate corporală de 118 kilograme la o înălțime de 1,70 m. Problemele ei de greutate au apărut după nașterea copilului, în urmă cu 4 ani. Georgiana a încercat de mai multe ori să urmeze diverse cure de slăbire, dar nu a obținut niciun rezultat și le-a abandonat după câteva săptămâni. Clienta a crescut într-o familie echilibrată, cu atmosferă bună, toți ceilalți membri ai familiei fiind normoponderali. Ea se înțelegea bine cu soțul, își iubea copilul și era relativ mulțumită de serviciu.

În acest caz, unul dintre obiectivele prioritare ale terapiei a fost întărirea motivației pentru a urma tratamentul. Clienței i s-a cerut să noteze pe o foaie de hârtie consecințele pozitive ale pierderii în greutate, acestea fiind transformate în sugestii administrate în stare de hipnoză. Instructajul administrat a îmbrăcat următoarea formă:

„Imaginează-ți acum că începi să pierzi în greutate și, pe măsură ce îți imaginezi acest lucru, devii tot mai conștientă de consecințele pozitive pe care le vei avea dacă slăbești. Acum, după ce ai învățat să-ți protejezi și să-ți respecti corpul mâncând echilibrat, atât cât trebuie, vei începe să te simți tot mai sănătoasă, tot mai plină de energie... vei arăta tot mai bine... Imaginează-ți că îți cumperi o rochie nouă, care îți stă bine, te face să te simți admirată, atrăgătoare... Faci exerciții fizice în fiecare zi... mănânci echilibrat... doar acele alimente care sunt potrivite pentru dieta ta... îți este tot mai ușor să faci exerciții, să alergi, să înoți... zi după zi capeți tot mai multă încredere în tine, te simți tot mai bine, tot mai atrăgătoare... pe măsură ce persoanele din jur fac o serie de comentarii pozitive la adresa ta. Ești tot mai decisă să urmezi programul de exerciții fizice, să te alimentezi sănătos pentru a deveni sănătoasă, veselă, frumoasă, eficientă, admirată... mândră de modul în care arăți”.

Combinarea tehnicilor cognitiv-comportamentale cu cele hipnoterapeutice poate conduce la rezultate favorabile la unii clienți, în timp ce la alții acestea nu vor apărea. Există clienți care devin depresivi sau anxioși atunci când încep să piardă din greutate. Aceștia încep să nu-și mai îndeplinească sarcinile terapeutice și lasă impresia că își sabotează în mod inconștient progresele terapeutice. În astfel de cazuri, este necesară aplicarea altor tipuri de tehnici hipnoterapeutice menite să

exploreze obstacolele de natură inconștientă care acționează în calitate de rezistențe pentru scăderea viitoare în greutate. Tehnica semnalului ideomotor va fi de un real folos în identificarea unor conflicte intrapsihice reprimite.

Se pare că în cazul multor femei cu rezistență la schimbare sau cu obezitate cronică și accentuată în spatele simptomului se ascund evenimente traumatice timpurii și, mai rar, de dată mai recentă cum ar fi: violuri, incest, abuzuri de natură fizică, neglijare, lipsă de afecțiune sau conflicte maritale cu caracter cronic (Vanderlinden, 1993). În astfel de cazuri, se poate utiliza tehnica regresiei de vârstă și terapia stărilor Eului (Watkins și Watkins, 1982), terapeutul comunicând cu instanța care se teme de pierderea în greutate și care sabotează tratamentul.

Studiu de caz (3)

La început, Carmen, o femeie casnică în vârstă de 41 de ani cu obezitate severă (140 kg la 1,75 m) a reacționat foarte bine la relaxare și la sugestiile de autocontrol, ea pierzând rapid în greutate. Dar pe măsură ce slăbea, clienta devenea tot mai depresivă și la un moment dat a refuzat să mai coopereze, afirmând că o parte din ea nu mai dorește să slăbească.

Aflată în transă hipnotică, terapeutul i-a administrat următoarea sugestie:

„Pe măsură ce te relaxezi tot mai mult, tot mai mult, te simți din ce în ce mai bine, tot mai liniștită, tot mai destinsă... și poți să iei legătura cu acea parte din tine care te face să te simți tristă, deprimată și te determină să mănânci prea mult atunci când ești singură...”

Tehnica hipnotică a evidențiat faptul că în jurul vârstei de 3 ani Carmen s-a simțit extrem de speriată când tatăl ei a venit beat, a bătut-o pe mama și pe fratele ei mai mare și a distrus mobilele din casă. Certurile părinților au continuat mult timp, până când aceștia s-au despărțit. Clienta a descoperit faptul că mâncatul o ajuta să facă față acestor certuri, iar mai târziu să nu se simtă singură și părăsită. Terapeutul a utilizat tehnica regresiei de vârstă cu abreacția (catharsisul) evenimentului psihotraumatizant care a fost re trăit de clientă în stare de transă hipnotică. În continuare, a fost ghidată să ia legătura cu copilul din interiorul ființei sale și să-i acorde sprijin și afecțiune atunci când se simte singur.

După aproape un an de terapie, clienta a reușit să slăbească aproape 40 de kilograme. Terapia se desfășoară în continuare, fiind orientată acum prioritar asupra unor probleme de cuplu și asupra perspectivei de a-și găsi un loc de muncă.

3. Etapa finală

Foarte multe demersuri terapeutice au drept obiectiv scăderea rapidă în greutate, ignorând problematica stabilizării achizițiilor pe termen lung. Problema recăderilor este poate una dintre cele mai complexe în cazul terapiei obezității. Din acest motiv, clienții sunt sfătuiți să practice zilnic (o perioadă îndelungată) o tehnică de relaxare sau autohipnoză, cu sugestii specifice hipnotice și posthipnotice, precum și un program complex și constant de exerciții fizice.

4. Tehnica metaforică aplicată în stare de hipnoză în terapia tulburărilor conduitei alimentare

Norma Barretta și Philip F. Barretta (2006) au acumulat o vastă experiență în lucrul cu clienții depresivi care prezentau și tulburări ale conduitei alimentare. Tulburările conduitei alimentare sunt considerate patologice atunci când reprezintă o amenințare pentru viața clientului sau când interferează cu abilitatea persoanei de a funcționa în plan social.

În Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani, DSM IV-R (APA, 1999) sunt descrise mai multe tipuri de tulburări ale conduitei alimentare, cele mai grave fiind anorexia nervoasă și bulimia. În cazul primeia, clientul își pune viața în pericol prin înfometare, iar în cazul celei de-a doua, au loc episoade de mâncat compulsiv urmate de provocarea voluntară a reacției de vomă sau a diareei. Cele două tulburări se regăsesc într-un fel împreună în ceea ce specialiștii numesc bulimie nervoasă, caracterizată prin episoade de mâncat în exces, urmate, ca reacție imediată, de vomă sau diaree, după aceste episoade clientul trecând la episoade de înfometare (Bulik, Sullivan și Fear, 1997). Studiile epidemiologice au evidențiat faptul că incidența depresiei, precum și a bulimiei este în creștere (Kendler et al., 1991; Maser, Weise și Gwirtsman, 1995).

Deși cele două afecțiuni pot evolua și independent, se constată o rată înaltă a comorbidității între tulburările conduitei alimentare și

depresia majoră (Kuchnel, 1998). Din cauza interrelației strânse a acestor tulburări, tratamentul uneia dintre ele va necesita și tratamentul celeilalte.

Barretta și Barretta (2006) motivează utilizarea hipnozei în tratamentul depresiei și al tulburărilor conduitei alimentare prin aceea că ambele condiții psihopatologice au un element comun cu hipnoză, și anume concentrarea și absorbția anumitor experiențe psihice care presupun o stare modificată de conștiință. Unii specialiști au realizat chiar distincția dintre hipnoza terapeutică și hipnoza patologică sau simptomatică. În ambele situații, subiectul focalizează atenția asupra unor conținuturi psihice, însă ceea ce deosebește cele două procese se referă la conținutul focalizării și nu neapărat la intensitatea acesteia (Araoz, 1985; Gulliga, 1987). În cazul hipnozei simptomatice, clientul își creează singur realități subiective cu conținut dezadaptativ, se focalizează asupra acestora și se lasă absorbit de ele. O serie de studii au evidențiat faptul că pacienții suferind de bulimie au dovedit un nivel mai înalt de hipnotizabilitate decât cei cu anorexie, datorită capacității lor mai ridicate de disociere intrapsihică (Griffith și Channon-Little, 1998).

Caracteristicile care fac posibilă utilizarea terapeutică a hipnozei la acești subiecți sunt: capacitatea de a se lăsa absorbiți de anumite experiențe, modificările atenției (concentrare selectivă asupra unor stimuli, cu ignorarea altora din jur, înclinația spre fantezie și reverie, tendința către visarea diurnă, precum și o mai mare implicare în diverse situații alăturate capacității de disociere intrapsihică (Barabasz și Watkins, 2005). Studiile clinice au evidențiat faptul că pacienții bulimici se află într-o stare disociativă atunci când declanșează comportamentele de eliminare a alimentelor ingerate (vomă, diaree), această particularitate determinându-i să fie niște subiecți foarte potriviți pentru hipnoză.

Kirsch, Montgomery și Saperstein (1995) au realizat un studiu de mare amploare în care au utilizat comparativ un demers terapeutic de tip cognitiv-comportamental cu și fără hipnoză clinică asupra mai multor tipuri de afecțiuni. Concluziile au arătat că peste 70% dintre subiecții la care a fost utilizată și hipnoza au obținut rezultate net superioare în terapia obezității. Aceste concluzii pot fi extrapolate și la terapia altor tulburări ale conduitei alimentare, cum ar fi anorexia sau bulimia.

Crasilneck și Hall (1985) sunt de părere că atunci când se utilizează hipnoza în tratamentul bulimiei sau anorexiei este necesară o abordare terapeutică de profunzime, nu doar centrată pe reducerea simptomelor, deoarece în cazul acestor afecțiuni sunt implicați o serie de factori psihodinamici. Mulți clienți cu tulburări ale conduitei alimentare sunt rezistenți la tratament (Coman și Evans, 1995) deoarece aceste tulburări implică aspecte legate de imaginea de sine, imaginea corporală, relațiile sociale, precum și alte variabile care pot complica tratamentul. Din acest motiv, este indicat ca tratamentul să fie individualizat pentru fiecare client în parte.

Nash și Barber (1997) au utilizat un demers terapeutic complex în terapia bulimiei, demers care implica abordarea patologiei autodistructive, probleme legate de control și conflictele de putere, cât și aspecte de integrare a diverselor instanțe psihice într-o structură de personalitate matură și cu sentimentul identității personale.

Erickson (apud Nash și Barber, p. 386) a utilizat un model de psihoterapie în patru trepte la o adolescentă anorectică în vârstă de 14 ani. Etapele terapiei au fost următoarele:

1. Destructurarea sistemelor de referință: clientei i-au fost recomandate lecturi referitoare la igiena orală și i-au fost administrate instrucțiuni absurd de precise referitoare la igiena bucală.
2. Slăbirea mecanismelor de apărare de tip defensiv: clientei i s-a cerut să-și clătească gura o dată pe zi cu ulei de pește, iar dacă nu reușea, drept pedeapsă trebuia să se alimenteze.
3. Legături duble cu caracter terapeutic: clienta a fost instruită să supravegheze creșterile în greutate ale părinților.
4. Catharsis (descărcare emoțională); terapeutul a provocat-o pe clientă, acuzând-o de faptul că este mincinoasă și lașă.

Un obiectiv important al terapiei cu această categorie de clienți constă în scoaterea acestora din starea de transă cu caracter disfuncțional și inducerea unei transe ecologice, care să servească în mod real intereselor lor.

Așa cum am mai subliniat, Yapko (1992, pp. 91–97), referindu-se la clienții depresivi, demonstrează maniera în care aceștia se autohipnotizează dându-și sugestii să devină depresivi:

— Regresia de vârstă: subiectul se centrează pe evenimentele negative din trecut;

- Progresia de vârstă: acesta proiectează experiențele negative din trecut asupra viitorului;
- Amnezie: clientul are dificultăți să-și amintească experiențele pozitive și propriile realizări;
- Catalepsie: persoana depresivă manifestă lentoare psihomotorie, potențial energetic scăzut și lipsă de motivație;
- Disociere: focalizare permanentă asupra aspectelor negative ale personalității sale, pe care le tratează separat de cele pozitive;
- Halucinații pozitive și negative: persoana deprimată va crea și se va concentra asupra unor experiențe dureroase, ignorându-le pe cele pozitive;
- Distorsionare senzorială: diminuarea conștientizării senzațiilor și experiențelor agreabile;
- Distorsionarea percepției timpului: depresivul extinde durata experiențelor dezagreabile trecute, proiectează durerea și disconfortul în viitor și minimizează experiențele pozitive și succesele care pot să apară în viitor.

În același mod ca și clienții depresivi, bulimicii sunt la fel de experți în utilizarea strategiilor de tip hipnotic pentru a-și produce și menține tulburarea (Barretta și Barretta, 2006, p. 173).

Acești autori ne prezintă, la rândul lor, mecanismele puse în acțiune de clienții bulimici:

- Disociere: clientul va disocia comportamentul de ingerare necontrolată a hranei de cel de eliminare a acesteia, precum și partea sănătoasă a personalității lor de cea care prezintă tulburarea comportamentului alimentar;
- Distorsionare senzorială: bulimicii prezintă o exacerbare a senzațiilor de foame și de sațietate;
- Halucinații pozitive și negative: clienții bulimici au percepții denaturate ale propriului corp, pe care îl percep ca fiind neatrăgător și prea gras (aceștia se văd obezi și atunci când sunt excesiv de slabi și nu remarcă efectele negative asupra propriului organism ale mâncatului compulsiv sau a eliminării forțate a hranei ingerate);
- Regresie de vârstă: patologia acestor clienți se centrează în jurul conflictelor legate de control, putere, maturizare și integrarea coerentă a identității personale.

Studiu de caz

(abordat după modelul propus de Norma și Philip Barretta, 2006)

Alexandra, studentă la Institutul de Teatru, în vârstă de 22 de ani, era o fată frumoasă, înaltă și foarte subțire. Clienta refuza să vorbească despre ea și mai ales despre copilăria sa, terapeutul bănuind faptul că ea ar fi putut fi victima unui abuz în copilărie, ceea ce ulterior s-a dovedit a fi adevărat.

Alexandra a fost diagnosticată cu bulimie nervoasă, clienta relatând faptul că prezintă atât comportament de tip anorectic, cât și unele de tip bulimic. Clienta obișnuia să nu mănânce aproape nimic timp de câteva zile, după care trecea la comportamentul opus, mânca în mod compulsiv tot ce găsea în frigider și apoi vomita de 10–12 ori pe zi, timp de câteva săptămâni. Acest ciclu se repeta deja de vreo trei ani, din ziua în care împlinise 18 ani și un coleg i-a spus că este plinuță și apetisantă. În etapa bulimică, în ciuda reacțiilor de vomă, clienta reușea totuși să mai câștige ceva în greutate. Atunci când s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie, clienta se afla în etapa bulimică, fiind atât de ocupată cu mâncatul compulsiv și reacțiile de vomă, încât a început să absenteze de la facultate.

În momentul în care i se părea că a mâncat prea mult, Alexandra rumina ideii cu conținut suicidar, dar și scria eseuri depresive. Explorând resursele adaptative ale clientei, terapeutul a descoperit că aceasta făcuse balet în copilărie și adolescență, având rezultate de excepție, dar din cauza unui accident la genunchi, a trebuit să abandoneze dansul. Ținând seama de aceasta, terapeutul a presupus că Alexandra dispunea de o bună capacitate de concentrare, de absorbție în rol (în tema dansului și în fondul muzical), de spirit competitiv și de disciplină. În cursul interviului preliminar, accentul a fost pus pe resursele interioare ale clientei și pe dorința ei de schimbare. Clienta a reacționat rapid la relaxare, dar, deși se simțea mai bine, revenea la modelul ei de comportament bulimic.

Pentru activarea clientei și comutarea atenției ei de la stările afective la structura comportamentului simptomatic, am utilizat o strategie paradoxală de tip ericksonian, utilizată de Barretta (2006, p. 176). Astfel i-am cerut clientei să se concentreze asupra modului în care vomită, notând toate detaliile pe care urma să le înregistreze pentru viitoarea ședință de psihoterapie. La această abordare clienta a izbucnit furioasă:

A.: „Doamnă doctor, sunteți nebună!”

T.: „Nu, tu ești nebună!”

A.: „Dacă sunt atât de nebună, de ce nu mă internați la spital?”

T.: „Nu pot, pentru că nu ești suficient de nebună! Am lucrat cu mulți pacienți de acest tip și te voi tachina până vei deveni suficient de nebună, încât să poți fi dusă la spital”.

La început Alexandra s-a înfuriat și mai tare, dar nu după mult timp, a început să râdă, semn că între noi s-a stabilit alianța psihoterapeutică.

În perioadele de anorexie clienta, care nu se hrănea aproape deloc, era depresivă și rumina gânduri negre. Ea afirma atunci că nu este în stare să înghită nimic și nici nu va mai reuși vreodată. În acest moment al terapiei a fost introdusă o sugestie cu caracter indirect „senzația de înghițire este un act automat care revine întotdeauna”. S-a administrat o astfel de sugestie pentru că am presupus că Alexandra va rezista la sugestiile directe.

Pentru perioada bulimică de mâncat compulsiv după care urma voma, i-am cerut (tot în acord cu abordarea ericksoniană) clientei să vomite de două ori mai puțin, în loc să stopeze complet această reacție disfuncțională, mai exact să rețină jumătate din hrană și să elimine cealaltă jumătate. Această strategie a avut rolul de a crește complianța la terapie a clientei, pentru că nu i s-a cerut să renunțe complet la comportamentul patologic. La un moment dat, terapeutul i-a dat și prescripția paradoxală să amplifice jumătatea nedorită a comportamentului simptomatic și să vomite de două ori mai mult decât înainte. Evident, clienta nu a fost capabilă să mențină acest comportament și a redus în mod spontan atât episoadele de mâncat în exces, cât și pe cele de vomă.

Prezentăm mai jos câteva fragmente din instructajele administrate clientei în stare de hipnoză:

„Așază-te comod pe fotoliu, închide ochii și relaxează corpul. Brațele tale se lasă moi și grele, moi și grele... Picioarele devin și ele moi și grele, grele ca de plumb... Întregul corp este cuprins de o greutate plăcută, odihnitoare... relaxantă... Ești foarte relaxată și îți imaginezi că senzația de greutate se transformă în contrariul ei... în senzație de plutire... de zbor... plutești pe un nor moale și pufos... ești tot mai relaxată și rămâi relaxată pentru că ai nevoie de multă flexibilitate pentru a răspunde automat la diverși stimuli... este foarte bine că anumite reacții ale organismului tău se desfășoară automat... la fel ca

și anotimpurile care vin și se duc... vin și se duc, așa cum primăvara urmează după iarnă... iar tu înghiți ritmic și automat... regulat... pentru că s-a acumulat salivă în gura ta...

Este la fel ca atunci când inspiri și expiri... după fiecare expirație urmează o nouă inspirație în mod automat, regulat... ca de la sine... Tu ești cea care este responsabilă de respirația ta, nimeni nu poate respira în locul tău... nimeni nu te poate obliga să faci ceva... pentru că doar tu poți alege momentul când vei inspira și expira din nou... când aerul va intra și va ieși din plămâni ca de la sine... la fel ca și reflexul de înghițire care va reveni mereu... o înghițitură urmează după altă înghițitură, automat... ca de la sine”.

În următoarele luni de terapie, Alexandra a încetat să se mai înfometeze, iar episoadele de mâncat compulsiv urmate de vomă s-au redus simțitor, greutatea clientei rămânând stabilă. Cu toate acestea, Alexandra ezita să renunțe complet la comportamentul bulimic și mai nutrea încă o idee de tip suicidal, dar de intensitate și frecvență mai reduse. Se pare că metafora a avut efect asupra modelului perfecționist, conform căruia clienta se străduia să facă pe plac celorlalți. În același timp, s-a urmărit întărirea locului intern al controlului („nimeni nu poate face asta în locul tău”). De asemenea, autosugestia negativă „niciodată nu voi mai fi capabilă să înghit o înghițitură” a fost contracarată prin intermediul sugestiei „reflexul de înghițire revine mereu, de la sine”.

Deși refuza încă să discute deschis despre problemele sale din copilărie, Alexandra a obținut progrese evidente după 20 de ședințe de psihoterapie. S-a pus chiar problema să se întoarcă la facultate și să își susțină examenele, deși nu mai era atât de convinsă de faptul că dorește să devină actriță. În continuare, obiectivul terapiei a constat în încurajarea clientei să devină mai flexibilă, mai adaptată, mai conștientă de sine și de resursele ei, pentru a se putea elibera din capcana convingerilor sale disfuncționale, cu caracter limitativ.

Am utilizat în acest scop metafora „*ursului alb*” creată de Grinder în 1976 și adaptată de Norma și Philip Barrett (2006, p. 176).

„Sunt convinsă de faptul că ți s-ar părea interesant să ai o discuție cu un urs polar de la grădina zoologică. Urșii polari se află, la fel ca și tine, într-o perioadă de tranziție... Ei își petrec din ce în ce mai mult timp în apă... Îngrijitorii chiar spun că ei își schimbă puțin forma corpului pentru a putea înota mai bine... De curând, grădina zoologică

a primit un ursuleț nou, de aproape un an. El a fost transportat într-o cușcă strâmtă, și organizatorii nu au avut încă timp suficient pentru a-i pregăti un nou adăpost. Până atunci ei au așezat cușca în mijlocul curții și s-au apucat de treabă. Ursulețul, prins în capcană, a început să se miște ușor... făcând câțiva pași înainte și înapoi... El a continuat să se plimbe înainte și înapoi câteva zile la rând... Este interesant de aflat cum un animal atât de inteligent putea face mereu și mereu aceleași mișcări... Pe vremea asta urșii nu mai hibernează, dar ce altceva ar putea face ei într-un spațiu atât de strâmt... poate ar trebui să-și modifice comportamentul... să descopere ceva nou...

Atunci când spațiul a fost amenajat, s-a pus problema eliberării ursulețului... dar pentru că ursulețul era deja un animal mare și periculos îngrijitorii au decis să îl sedeze, să desprindă gratiile cuștii și să-l rostogolească afară... După ce au făcut aceasta, ei au așteptat ca ursul să se trezească... Acesta și-a revenit treptat... s-a trezit și s-a ridicat pe labe, în toată splendoarea sa... a privit în jur și, deși condițiile se schimbaseră, a făcut câțiva pași înainte, apoi câțiva pași înapoi... și-a lins laba și din nou a făcut câțiva pași înainte și câțiva pași înapoi... Ursul nu a realizat faptul că el nu mai trebuie să... Acum el are cele mai multe alternative... dar încă nu este conștient de aceasta... mă întreb oare cât de mult timp îi va lua ursului... sau oricui... să-și dea seama că nu se mai află în cușcă..."

Metafora a determinat-o pe Alexandra să reflecteze la problema libertății și constrângerii, precum și la pașii pe care trebuie să-i urmeze pentru a se redefini. Clienta chiar a scris un eseu pe această temă. Bazându-ne pe principiile terapiei ericksoniene, am considerat că simptomele clientei reprezintă cea mai bună soluție pentru moment, deși acestea aveau un profund caracter patologic. La un moment dat, în timpul terapiei, clienta a afirmat că, dacă nu ar fi fost în stare să vomite în mod voluntar, ar fi murit. În ceea ce privește etapele de informare, aceasta afirma că îi confereau sentimentul autocontrolului: „nimeni nu mă poate sili să fac ceea ce nu vreau să fac”.

Deoarece clienta ocolea în mod sistematic orice conversație legată de trauma din copilărie, iar terapeutul bănuia existența unui posibil abuz sexual la vârstă mică, s-a procedat la o abordare mai complexă. În continuare, clientei i-a fost prezentată o metaforă de o mai mare profunzime, metaforă care să se potrivească istoriei vieții ei (adaptată după Barretta și Barretta, 2006, p. 181). Acest scenariu metaforic a fost prezentat în stare de transă profundă:

„Un fotoreporter și asistentul său lucrau pentru o revistă și scriau despre fel de fel de lucruri care se întâmplă în lume... La un moment dat, a apărut știrea că la grădina botanică a apărut un nou izvor, de tip gheizer, pe lângă celelalte izvoare din acea grădină... cel mai cunoscut izvor purtând numele de «Bătrânul credincios»... Revista l-a trimis pe fotograf în grădină pentru a înregistra evenimentul. Fotoreporterul a ajuns în parc, și-a pregătit ustensilele și a început să aștepte ca jetul de apă să izbucnească... Spre deosebire de izvorul gheizer «Bătrânul credincios» care arunca apă în mod regulat, la fiecare jumătate de oră, timp de 24 de ore, acest nou izvor nu avea nicio regulă conform căreia ar fi trebuit să se ivească jetul de apă. Acesta izbucnea fie de mai multe ori pe zi... fie de mult mai puține ori... uneori jetul de apă apărea odată pe zi... Fotoreporterul și asistentul său au tot așteptat... au tot așteptat... până când s-a lăsat întunericul și ei a trebuit să-și strângă aparatele și să revină a doua zi.

A doua zi, fotograful a sosit foarte devreme, sperând că gheizerul va produce jetul de apă..., iar el va fi gata să îl filmeze. Din nefericire, celelalte izvoare au izbucnit, dar noul gheizer a rămas neclintit. Fotoreporterul era foarte necăjit pentru că avea termen de la revistă să termine reportajul, iar el n-a putut să realizeze nici măcar o fotografie... Din nou, el și-a strâns aparatele și s-a întors a doua zi, repetând același demers... A treia zi el a așteptat și a așteptat din nou... fiind foarte supărat pentru că apa noului izvor nu izbucnește... și pentru că se întuneca din nou, fotoreporterul s-a apropiat de gheizer, s-a aplecat și s-a uitat în locul din care trebuia să fâșnească apa, și-a apropiat fața și gura de orificiul gheizerului, și în timp ce aștepta, apa a mai izbucnit o dată pentru ultima oară... pentru că izvorul nu mai trebuia să... ea nu mai trebuia să..."

Alexandra se afla într-o stare de hipnoză profundă atunci când i s-a spus povestea. Atunci când istorisirea s-a încheiat cu „nu mai trebuia să...” clienta a revenit brusc și a izbucnit în lacrimi. La revenirea completă din hipnoză, clienta și-a exprimat nemulțumirea și supărarea într-un mod asertiv, nu defensiv și depresiv, părăsind în fugă cabinetul de psihoterapie. Peste câteva zile clienta a revenit și i-a adus terapeutului o carte de literatură unde se afla un fragment în care era descris modul în care tatăl autoarei (aceasta din urmă având în jur de șase ani) o molesta sexual, cerându-i să facă sex oral și să înghită sperma. Arătându-i terapeutului acest pasaj, Alexandra a început să plângă în hohote, după care și-a povestit istoria de viață, când a fost

molestată într-un mod asemănător de unchiul său, în vârstă de 22 de ani. După ce o molesta, unchiul o ducea la cofetărie să mănânce înghețată. Tortura a încetat după câțiva ani, când clienta în vârstă de opt ani a vomitat asupra agresorului.

Demersul terapeutic a continuat timp de câteva luni, utilizându-se în continuare relaxarea și hipnoza, metaforele, dar și o serie de strategii cognitiv-comportamentale de restructurare atitudinală, demersul fiind încheiat atunci când clienta a afirmat că acum poate sta pe propriile sale picioare, dar a cerut permisiunea să revină din când în când la cabinet. Alexandra a terminat cei trei ani de facultate de teatru, dar a decis că își dorește altceva și s-a înscris la un master de comunicare.

X Hipnoterapia în tulburările sexuale

Marcia D. Degun și Gian S. Degun (1993) consideră că o problemă sexuală poate fi definită prin incapacitatea subiectului de a obține satisfacții în urma activității sexuale individuale sau în cadrul unei relații. Acest lucru se poate datora unei inadecvări a răspunsului sexual, inadecvare apreciată ca atare de către subiect sau partener. Astfel de probleme pot să apară din cauza unei insuficiente educații sexuale sau a expectațiilor nerealiste ale partenerilor și pot fi corectate prin intermediul unor metode de educație și consiliere. Există însă și situații în care avem de-a face cu anumite tulburări fiziologice sau psihofiziologice ale răspunsului sexual, și în acest caz vorbim de disfuncții sexuale care necesită tratament de specialitate și psihoterapie.

În literatura de specialitate întâlnim disfuncții sexuale primare și secundare. Cele primare se manifestă de-a lungul întregii vieți a individului, iar cele secundare se instalează după o perioadă de normalitate și pot să se manifeste permanent sau doar în unele situații. Prezentăm, în cele ce urmează, o clasificare a disfuncțiilor sexuale, clasificare bazată pe modelele lui Masters și Jones (1970), Kaplan (1979) și Dennerstein (1980).

Cauzele disfuncțiilor sexuale pot fi de natură organică sau psihologică. Interviuul și evaluarea clinică trebuie să includă și posibilitatea unor cauze organice, înainte de a se avansa ipoteza că este vorba de o tulburare psihogenă. Disfuncțiile sexuale organice necesită tratament de specialitate, deși există și posibilitatea unor interferențe între problemele somatice și cele psihologice.

Etapizarea în disfuncțiile sexuale		
Faza (etapa)	Bărbați	Femei
1. Dorința sexuală	dorință sexuală redusă sau absentă	dorință sexuală redusă sau absentă
2. Activare sau excitație	disfuncție erectilă (imposibilitatea obținerii erecției)	absența activării sexuale absența lubrifierii vaginale
Penetrația	dificultatea de menținere a erecției	dureri vaginism dispareunie
3. Orgasm	ejaculare precoce ejaculare întârziată	enorgasmie
4. Încheierea actului sexual	eisforie	disforie

Factorii psihologici care stau la baza disfuncțiilor sexuale pot fi clasificați în următoarele categorii (John, 1979): experiența anterioară, situația actuală, reacția psihologică la anumite probleme organice, lipsa informațiilor sau informații false în legătură cu activitatea sexuală, lipsa unei stimulări sexuale sau stimulare inadecvată. Experiența anterioară se referă la posibilele traume suferite în acest plan de către individ, educația excesiv de rigidă și reacțiile negative ale familiei față de activitatea sexuală. Toți acești factori produc anxietate legată de dorința sau comportamentul sexual. Starea prezentă se referă la diverse situații stresante, cum ar fi teama de a fi rănit sau de eșec sau de a contraveni unor norme morale și religioase. Toate situațiile care implică stres, anxietate, depresie, culpabilitate sau mânie pot contribui la evitarea actului sexual sau la disfuncții sexuale.

De asemenea, încurajarea comportamentului sexual de către partener, respingerea sau conflictele de tip dominare-supunere au ca rezultat disfuncții sexuale. Reacțiile psihologice la factori de natură organică, boală, intervenție chirurgicală, înaintare în vârstă pot genera, la rândul lor, stări psihice negative de depresie, scăderea imaginii de sine, anxietate, anticiparea unei posibile răniri sau a eșecului, reacții de respingere și conflicte cu partenerul.

1. Principalele tehnici hipnotice utilizate

Principalele tehnici hipnotice utilizate în cazul terapiei sexuale sunt următoarele (Degun și Degun, 1993, p. 111):

- 1.1. Hipnoanaliza.
- 1.2. Hipnoterapia centrată pe înlăturarea simptomelor.
- 1.3. Hipnoza ca adjuvant în terapia comportamentală.
- 1.4. Abordările cognitive și experiențiale.
- 1.5. Abordările terapeutice eclectice.

1.1. Hipnoanaliza

Terapeuții de orientare ericksoniană sunt de părere că problemele sexuale reprezintă consecința unor conflicte intrapsihice de natură inconștientă. Aceștia vor utiliza hipnoza în scopul explorării și aducerii la lumină a acestui material stocat în inconștient. În vederea obținerii accesului la conflictele inconștiente refulate se utilizează tehnica regresiei de vârstă până la perioada în care au avut loc anumite evenimente critice în viața subiectului. Pacientul regresat în stare de hipnoză va fi încurajat să identifice și să relateze conținutul experiențelor emoționale din copilărie, fapt ce conduce la eliberarea anxietăților și fricilor legate de trauma respectivă.

Terapeutul va interpreta împreună cu pacientul evenimentele respective, astfel încât acesta din urmă va realiza insight-ul (iluminarea) cu privire la semnificația celor petrecute și, înarmat cu o nouă viziune asupra lumii, va fi îndrumat să-și restructureze realitatea interioară pentru a obține o mai bună adaptare la mediu. Specialiștii care aplică hipnoanaliza utilizează tehnici terapeutice diferite. Astfel, Wijesinghe (1977) aplica tehnica asociațiilor libere, Mirowitz (1966) interoga pacientul aflat în hipnoză prin intermediul semnalului ideomotor, iar Alexander (1974) inducea regresia de vârstă, solicitând pacientul să re trăiască în plan imaginativ ziua în care a avut loc psihotrauma. Ward (1980), Degun și Degun (1988) au utilizat cu succes și analiza viselor în soluționarea conflictelor legate de disfuncțiile sexuale.

Abordarea psihodinamică nu se referă totdeauna la evenimente trecute, mulți autori ocupându-se și de conflicte de dată mai recentă.

Astfel, Levitt (1971) și Crasilneck (1979) au constatat faptul că multe disfuncții sexuale sunt rezultatul ostilității față de parteneri, precum și al culpabilității rezultate în urma trăirii respectivului sentiment. Levitt (1971) a utilizat hipnoanaliza pentru a produce o descărcare a resentimentelor acumulate. Terapeutul a solicitat pacientul aflat în hipnoză să-și reprezinte ostilitatea sub o formă concretă, să o deplaseze la nivelul pumnului și apoi să strângă pumnul și să lovească spătarul unui scaun, imaginându-și faptul că agresivitatea iese din interiorul ființei sale.

Deabler (1976) este de părere că descărcarea (ventilarea) sentimentelor este importantă în cadrul hipnoanalizei, din următoarele rațiuni:

- contribuie la dezvoltarea conflictelor latente;
- eliberează pacientul de temerile care inhibă activarea sexuală;
- contribuie la restructurarea asociațiilor și a orientărilor legate de obiectul sexual;
- destructurează identificările timpurii cu rol inhibitor asupra vieții sexuale (de pildă identificarea cu mama în cazul unui conflict oedipian);
- facilitează implementarea sugestiilor de întărire a Eului și de reconstrucție a acestuia.

1.2. Hipnoterapia centrată pe înlăturarea simptomelor

Mulți hipnoterapeuți preferă să aplice, după inducția hipnotică, sugestiile directe, centrate pe simptom, în loc să se preocupe de cauzele ascunse ale tulburării. Tehnica implică vizualizarea în stare de hipnoză a unui act sexual reușit cu partenerul dorit, administrându-se în același timp sugestii legate de faptul că performanța sexuală se ameliorează (Schneck, 1970).

Se utilizează, totodată, sugestiile posthipnotice, vizualizarea unor experiențe sexuale reușite din trecut, însoțite de sugestii de distorsionare a timpului pentru a prelungi fazele agreabile ale experienței sexuale imaginare (Mirowitz, 1966; Cheek, 1976). Învățarea autohipnozei este, de asemenea, deosebit de utilă în cazul acestor pacienți.

1.3. Hipnoza ca adjuvant în terapia comportamentală

Psihoterapeuții comportamenaliști au utilizat hipnoza mai ales pentru potențarea metodei desensibilizării sistematice. Hipnoza are, în cadrul acestei tehnici, rolul de a facilita relaxarea și imaginația dirijată. Studiile au demonstrat faptul că hipnoza este mai economică sub aspectul timpului și mai eficientă comparativ cu relaxarea realizată după tehnica lui Jacobson (Dengrove, 1980; Clarke și Jacobson, 1983). Desensibilizarea sistematică se realizează conform modelului clasic al lui Wolpe (1958), în cadrul căruia se stabilește o ierarhie progresivă de scene sexuale, care sunt prezentate subiectului aflat în stare de hipnoză. Scenele se referă la jocuri sexuale care merg până la realizarea unui act sexual propriu-zis.

Se administrează și sugestii posthipnotice pentru a facilita și performanțele sexuale din viața reală. Unii terapeuți utilizează dilatarea de dimensiuni gradate, care sunt aplicate pacientei aflate în stare de hipnoză în cazul în care aceasta suferă de vaginism (Fuchs, 1980). Pentru anorgasmie, Dengrove (1980) recomandă stimularea manuală și cu ajutorul vibratoarelor și repetarea mentală în stare de hipnoză a actului sexual, înainte ca pacienta să treacă la realizarea efectivă a acestuia. Același autor a constatat faptul că hipnoza facilitează relaxarea, distorsionarea timpului, inducerea unor vise erotice, imaginarea în detaliu a unor experiențe sexuale agreabile, precum și accentuarea unor emoții și sentimente legate de viața sexuală.

Misra (1985) utilizează pentru disfuncțiile sexuale o tehnică de desensibilizare sistematică în stare de hipnoză în patru etape:

- a) Hipnoză cu sugestii de întărire a Eului.
- b) Video-hipno-desensibilizare: subiectul, aflat în stare de hipnoză, cu ochii deschiși, vizionează o serie de scene care reprezintă diverse aspecte ale activității sexuale normale.
- c) Hipnocondiționarea: pacientul hipnotizat, de asemenea cu ochii deschiși, urmărește o serie gradată de diapozitive conținând scene sexuale pe care trebuie să le exerseze acasă.
- d) Rememorarea hipnotică: subiectului hipnotizat i se cere să-și imagineze experiențe sexuale trecute încununate de succes.

1.4. Abordările cognitive și experiențiale

Terapeuții cognitiști au subliniat importanța unor procese mentale, cum ar fi gândurile și imaginile, în producerea și menținerea unor tulburări sexuale.

Araoz (1980) a introdus conceptul de terapie „hipnosexuală”. Deși autorul se consideră a fi un terapeut experiențialist, modelul său cuprinde numeroase elemente cognitiv-comportamentale și psihodinamice. Araoz susține că dificultățile sexuale își au originea în cognițiile eronate pe care și le implantează subiectul prin intermediul unei autohipnoze spontane. Atitudinile și afirmațiile cu conținut negativ, precum și imageria negativă cu conținut sexual pot genera și perpetua anumite simptome în sfera comportamentului sexual. Acest fenomen se produce mai ales în urma unui eșec sexual, când subiectul începe să creadă că nu se poate comporta în mod adecvat, creându-și o imagine de persoană care eșuează în plan sexual. Aceste gânduri și imagini devin o formă de autoîntărire a comportamentului de eșec care va perturba interacțiunile sexuale viitoare. Araoz (1980) denuște acest fenomen „autohipnoză cu conținut negativ”.

Kowalski (1985) este, la rândul său, de părere că procesele cognitive negative joacă un rol dominant în determinismul disfuncțiilor sexuale. Metoda terapeutică a autorului constă în utilizarea hipnozei, la început, pentru a activa gândurile negative disfuncționale și stările afective dezadaptative care le însoțesc. Ulterior, hipnoza va fi folosită pentru a exersa gândurile pozitive alternative și imaginile corespunzătoare acestora. Astfel, terapeutul va da pacientului aflat în stare de hipnoză următoarele sugestii:

„Acum am văzut partea negativă a personalității tale. În continuare, vom face tot posibilul pentru ca partea pozitivă a Eului să iasă la iveală și să ne spună câte ceva despre felul cum ar trebui rezolvată problema ta”.

În hipnoză, pacientului i se cere să se concentreze asupra afirmațiilor pozitive alternative, precum și asupra imaginilor cu conținut pozitiv. În continuare, terapeutul îl va iniția în tehnica autohipnozei, pentru a facilita și consolida restructurarea cognitivă.

Psihoterapia experiențială se centrează asupra modului în care pacientul trăiește experiența subiectivă imediată. Erickson și discipolii săi au utilizat o combinație între abordarea experiențială și inducția hipnotică indirectă, în cadrul căreia se utilizează metaforele terapeu-

tice construite, pornindu-se de la limbajul specific folosit de subiect. Metaforele și sugestiile indirecte se adresează mentalului inconștient al subiectului care este responsabil de rezolvarea problemei, deoarece conține în sine multiple disponibilități psihice latente, care pot fi stimulate în scop terapeutic.

1.5. Abordări psihoterapeutice eclectice

Acestea combină abordările comportamentale cu cele de orientare psihodinamică. Astfel, Obler (1982) a obținut rezultate pozitive utilizând un demers integrativ care cuprinde: psihoterapie individuală cu ajutorul metodei desensibilizării sistematice, hipnoză și hipnoanaliză cu interpretări psihodinamice, realizate de un coterapeut și terapie de cuplu după metoda lui Masters și Johnson.

Rezultatele demersului integrativ au fost net superioare celor obținute de grupul de control, tratat doar prin intermediul unor tehnici specifice terapiei, puse la punct de Masters și Johnson. Autorul este de părere că factorii terapeutici cei mai importanți din cadrul acestui model au fost: explorarea psihodinamică a conflictelor inconștiente, reducerea anxietății și analiza istoricului problemei pacientului. În același timp, se poate spune că tehnicile comportamentale au fost potențate de hipnoanaliză.

2. Indicații și contraindicații ale utilizării hipnozei în tulburările sexuale (Degun și Degun, 1993, p. 114)

Nivelul hipnotizabilității pacientului reprezintă un element important pentru introducerea acestei tehnici în cadrul psihoterapiei, un grad înalt de hipnotizabilitate constituind o bună premisă pentru succes. Bridges ș.a. (1985) au pus în evidență în plan experimental un element foarte interesant, și anume faptul că femeile cu scor ridicat la scalele de hipnotizabilitate își puteau controla mai puțin gândurile și mișcările în finalul actului sexual. Această observație pledează în favoarea faptului că există o relație inversă între hipnotizabilitate și autocontrolul de tip inhibitor al funcției sexuale. De aici rezultă faptul că aplicarea hipnozei ar fi deosebit de utilă în terapiile sexuale.

Înainte de a se decide dacă trebuie sau nu să folosească hipnoza în astfel de cazuri, terapeutul trebuie să analizeze factorii motivaționali ai pacientului. Astfel, dacă acesta are locul controlului în interior, hipnoza poate reprezenta un adjuvant important în cadrul terapiei, în timp ce pentru pacientul care nu poate face față propriilor probleme și privește hipnoza ca pe o intervenție magică, aceasta este contraindicată.

2.1. Hipnoterapia disfuncțiilor fazei legate de dorința sexuală

Kaplan (1979) caracteriza disfuncția dorinței sexuale ca fiind caracterizată prin declanșarea timpurie a anxietății în cadrul secvenței dorință–excitare–orgasm. Concentrarea subiectului asupra gândurilor negative acționează ca un element de blocare a dorinței sexuale. Cauzele inhibării dorinței sexuale au rădăcini adânci în psihismul subiectului și țin de temerile legate de trăirea plăcerii și a dragostei, a intimității, de respingere sau de anxietatea de performanță. Problemele relaționale izvorâte din ostilitate, neîncredere, furie, lupta pentru putere și psihotraumele suferite în copilărie reprezintă, de asemenea, variabile importante în determinismul acestor tulburări. Din aceste motive, nu este surprinzător faptul că disfuncțiile la nivelul dorinței sexuale au fost abordate predominant psihodinamic.

Miller (1986), Oystragh (1980) și Wijesinghe (1977) au utilizat tehnica regresiei de vârstă la pacienți de sex feminin. Astfel, Oystragh (1980) a tratat o femeie de 28 de ani care se plângea de faptul că nu avea nicio dorință sexuală și nu putea ajunge la orgasm. În timpul regresiei hipnotice de vârstă, pacienta a avut două momente de abreacție, când a relatat două episoade de viol care s-au produs în copilărie. Terapeutul i-a sugerat pacientei că își va imagina cu lux de amănunte un act sexual și își va aminti doar aspectele agreabile ale acestuia. Psihoterapia a dat rezultate pozitive după un interval de șase luni. Miller (1986) a tratat, la rândul său, un caz de absență a dorinței sexuale, având drept cauză o experiență incestuoasă din copilărie. În această situație, metodele de desensibilizare nu au dat niciun rezultat. Terapeutul a utilizat regresia de vârstă, abreacția, sugerarea unor vise hipnotice, precum și tehnica disocierii și a reintegrării unor părți ale Eului.

Araoz (1980) era de părere că dorința sexuală redusă reprezintă rezultatul unor cogniții eronate sau al autohipnozei cu conținut negativ (autohipnoză negativă sau AHN). Autorul subliniază faptul că ma-

joritatea pacienților se prezintă la terapie pentru disfuncții ale fazelor de excitare și orgasm, tulburările la nivelul dorinței sexuale fiind adesea trecute sub tăcere, deoarece, în cultura occidentală, a dori să ai relații sexuale reprezintă un lucru mai puțin valorizat.

Araoz (1980) relatează cazul unui bărbat cu disfuncție erectilă și ejaculare precoce, la care s-a constatat și o tulburare la nivelul dorinței sexuale. În acest caz, hipnoza a fost utilizată în următoarele scopuri:

- a) Retrăirea în plan imaginativ a unei perioade când pacientul a fost activ sexual (pentru a facilita schimbarea în plan cognitiv și emoțional).
- b) Descoperirea cauzelor și momentului din istoria vieții pacientului când s-a instalat tulburarea; cele două tehnici nu au dat rezultate semnificative.
- c) Antrenament mental: pacientului i s-a cerut să-și imagineze că își desfășoară existența având un interes sexual crescut. Prin intermediul acestei tehnici, au fost obținute unele mici progrese, în sensul că pacientul a început să dedice mai mult timp preocupărilor legate de viața sexuală.
- d) Stabilirea și exersarea în stare de hipnoză a ierarhiei stimulilor agreabili legați de activitatea sexuală.

Pacientul a alcătuit împreună cu terapeutul o listă care cuprindea o ierarhie a aspectelor plăcute care apar în timpul actului sexual cu soția sa. Aceste elemente au fost exersate în stare de hipnoză și întărite prin intermediul unor sugestii posthipnotice. S-a sugerat faptul că lanțul reacțiilor pozitive va fi declanșat de îmbrățișarea soției pacientului. După patru ședințe de hipnoză, folosindu-se cea de-a patra metodă, s-a constatat o revenire a dorinței sexuale a subiectului.

Mecanismele care au stat la baza demersului terapeutic utilizat au fost, pe de-o parte, comutarea atenției de la aspectele cognitive ale problemei către cele emoționale, iar pe de altă parte, modificarea, în stare de hipnoză, a experiențelor negative timpurii și transformarea lor în experiențe pozitive.

2.2. Hipnoterapia disfuncțiilor specifice fazei de excitare sexuală

Disfuncțiile fazei de excitare se manifestă mai ales atunci când anxietatea apare în diverse momente ale preludiului actului sexual,

după ce subiectul a intrat în starea de excitație. La bărbați, aceste disfuncții se manifestă sub forma disfuncției erectile (impotența erectilă) și a ejaculării întârziate. Disfuncția erectilă poate să apară ca urmare a fricii de respingere, a lipsei de asertivitate, a grijii excesive față de parteneră, a culpabilității legate de masturbare, a expectațiilor nerealiste față de activitatea sexuală sau a luptei pentru putere în cadrul cuplului (Kaplan, 1979). De regulă, ejacularea întârziată are drept cauză ostilitatea față de parteneră și lipsa de încredere în relația respectivă.

Impotența poate fi primară (bărbatul nu a fost niciodată capabil să mențină erecția) sau secundară (activitatea sexuală a fost normală în trecut, iar incapacitatea de menținere a erecției a apărut la un moment dat). Impotența primară reprezintă un fenomen mai rar. Kaplan (1974) a subliniat importanța unor condiționări emoționale și cognitive care pot să survină chiar unui singur episod de impotență, apărut accidental. Bărbatul respectiv își reamintește eșecul suferit, și teama că nu va putea funcționa normal îl determină să aibă eșcuri viitoare, în acest caz anxietatea de performanță inhibând funcția sexuală.

Oboseala fizică, consumul excesiv de alcool sau droguri, medicamentele tranchilizante pot sta la baza unuia sau mai multor episoade de eșec sexual. Există și cauze organice ale impotenței, cauze care au la bază tulburări endocrine sau neurologice. Masters și Johnson (1970) au evidențiat și alte cauze ale impotenței secundare: educația religioasă care privește relațiile sexuale ca pe un păcat sau orientarea spre homosexualitate. Kaplan (1979) relatează faptul că în Statele Unite 85% din cazurile de impotență sunt de natură psihogenă.

Crasilneck și Hall (1985) introduc și ei printre factorii etiologici ai tulburărilor sexuale specifice fazei de excitație sentimentul de culpabilitate pentru o relație extraconjugală, teama de sarcină, teama de boli venerice, evenimente traumatizante din copilărie, cum ar fi, de pildă, pedepsele primite pentru jocurile erotice sau teama de mânia tatălui în cazul unui complex Oedip nerezolvat. Autorii menționați au aplicat hipnoterapia la un număr foarte mare de pacienți cu impotență, metoda constând în utilizarea unor sugestii directe menite să favorizeze erecția și au obținut rezultate pozitive la 80% dintre aceștia. Pacienților aflați în hipnoză li s-a sugerat rigiditatea brațului, după care terapeutul a administrat următoarele instrucțiuni sugestive:

„Dacă ești capabil să obții senzația de rigiditate într-o anumită parte a corpului, vei putea s-o obții și la nivelul penisului... Vei realiza o erecție foarte puternică ori de câte ori ești excitat sexual”.

Fuchs ș.a. (1985) utilizat la pacienții cu impotență tehnica levitației brațului, administrând sugestii de tipul următor:

„Vei observa imediat că penisul tău se ridică la fel cum se ridică brațul tău drept...”

Alți autori preferă să utilizeze o combinație între sugestiile directe și tehnicile hipnoanalitice. Schneck (1970) descrie cazul unui tânăr care avea fantasme legate de faptul că se luptă cu un alt tânăr, fantasme care se încheiau cu erecție și ejaculare. În momentul în care tânărul a început o relație cu o fată, a apărut imposibilitatea menținerii erecției. Pacientului, aflat în hipnoză, i s-a cerut să vizualizeze de mai multe ori actul sexual cu partenera și să descrie fiecare fază a acestuia. Terapeutul accentua, prin intermediul sugestiilor, anumite faze ale scenei care se cereau întărite. Pacientului i s-a sugerat, de asemenea, să nu amâne penetrarea. În momentul în care acesta a fost capabil să susțină un act sexual, terapeutul i-a cerut în hipnoză să reia fantasmele legate de luptă și le-a transformat, prin intermediul sugestiilor, în imagini corelate cu activitatea heterosexuală. După această intervenție terapeutică, activitatea heterosexuală s-a ameliorat și fantasmele cu conținut homosexual au dispărut.

Disfuncțiile fazei de excitație la femei sunt vaginismul și dispareunia. Kaplan (1979) definește vaginismul ca fiind un spasm muscular condiționat al musculaturii perivaginale, care reflectă teama pacientei de penetrare. În cazul dispareuniei este vorba, de asemenea, de spasmul dureros al unor mușchi ai aparatului genital. Printre cauzele acestor tulburări menționăm culpabilitatea legată de plăcerea sexuală, ostilitatea față de partener, teama de penetrare și alți factori ce țin de conflicte sexuale mai profunde.

Schneck (1965) a utilizat în astfel de cazuri relaxarea și imaginația dirijată în stare de hipnoză. Pacientei i s-a cerut să-și reprezinte mental faptul că acceptă gradat diverse manevre sexuale, începând cu jocul erotic, contactul genital superficial, presiune în zona organelor genitale pe o perioadă mai lungă, penetrație parțială, completă și, în cele din urmă, un act sexual normal.

Fuchs (1980) a utilizat tehnica desensibilizării sistematice în plan real, introducând în vaginul pacientei aflate în stare de hipnoză dilatoare de dimensiuni progresive.

2.3. Hipnoterapia disfuncțiilor sexuale specifice fazei de orgasm

Disfuncțiile sexuale proprii acestei faze sunt cauzate de anxietatea produsă de nivelul extrem de activare. La bărbați, se manifestă sub forma ejaculării precoce cauzate de dificultatea de a percepe senzația erotică specifică fazei de dinaintea orgasmului, fapt ce conduce la pierderea controlului. Printre cauzele acestei tulburări menționăm: anxietatea de performanță, ostilitatea față de parteneră sau stări negative legate de experiențele sexuale timpurii.

La femei, tulburarea se manifestă sub forma inhibiției orgasmului care poate fi cauzată de așteptarea acestuia, atitudinea de spectatoare vigilentă, necunoașterea fiziologiei activității sexuale sau lipsa de asertivitate. Acestor cauze li se adaugă, pentru ambele sexe, teama de respingere, de pierdere a controlului sau prezența unor fantezii terifiante legate de orgasm.

Crasilneck și Hall (1985) subliniază faptul că la femei orgasmul nu reprezintă un fenomen absolut, multe dintre acestea putând să obțină satisfacții de pe urma activității sexuale în absența orgasmului. Calitatea orgasmului variază considerabil chiar la femeile capabile să-l realizeze, iar satisfacția obținută variază în funcție de întregul context în care are loc relația sexuală. Probleme psihologice apar din cauza expectațiilor nerealiste pe care le au multe femei în legătură cu această experiență, unele așteptând să obțină o trăire extatică, iar altele considerând că totdeauna orgasmul trebuie să fie o experiență comună cu partenerul. Aceste expectații nerealiste trebuie corectate prin intermediul unor acțiuni de educație și consiliere. Ca și în cazul ejaculării precoce la bărbați, condițiile improprii, cum ar fi momentul nepotrivit, oboseala, distragerea atenției, absența intimității sau teama de sarcină pot contribui la absența orgasmului la femei. De asemenea, inhibarea răspunsului sexual al femeii poate reprezenta și un semn de ostilitate față de partener, la fel ca în cazul ejaculării precoce la bărbat.

Atitudinile negative și comportamentul punitiv al părinților față de jocurile sexuale ale copilului pot determina individul să privească activitatea sexuală ca pe ceva rău sau murdar, fapt ce va contribui la instalarea unei disfuncții sexuale la vârsta adultă.

Crasilneck și Hall (1985) abordează psihoterapeutic anorgasmia, combinând tehnicile hipnoanalitice de profunzime, care urmăresc să exploreze cauzele problemei, cu sugestii care acționează asupra inhi-

biției sexuale ca atare. După inducția hipnotică, pacientei i se sugerează faptul că va relaxa total vaginul și că i se va accentua sensibilitatea vaginului și clitorisului, astfel încât va putea obține satisfacție în timpul actului sexual. Terapeuții implicau și partenerul în terapia disfuncției orgasmului la femei, solicitându-i să-i acorde pacientei mai multă atenție și grijă în timpul actului sexual. Ei procedau în felul acesta deoarece absența orgasmului la femeie poate genera sentimente de insecuritate și inferioritate la partener, care începe să se îndoiască de virilitatea sa. Atragerea acestuia la colaborare în cadrul psihoterapiei îl va face să înțeleagă mai bine natura problemei și să contribuie la rezolvarea ei.

Atunci când disfuncția sexuală se datorează ostilității rezultate în urma unor remarci neadecvate ale partenerului, pot fi utilizate tehnici hipnotice de descărcare a stărilor afective negative. Astfel, Miller (1979) le sugera pacienților săi să retrăiască în plan mental actul sexual și să-și „ventileze” (să lase stările afective să se descarce) sentimentele. Terapeutul administra și o tabletă „placebo” despre care spunea că reprezintă un stimulent sexual puternic pentru a sparge cercul vicios care contribuie la menținerea tulburării, creând expectații pozitive pacientului.

Alexander (1974) este de părere că preocupările excesive în legătură cu performanța sexuală produc impotență la bărbați și anorgasmie la femei. Astfel, deoarece femeia este excesiv de preocupată să facă plăcere partenerului, acțiunile și intențiile sale voluntare pot să interfereze cu aspectele involuntare legate de satisfacția sexuală. Din acest motiv, cele mai eficiente sugestii care pot fi administrate în stare de hipnoză sunt de tipul: „Fă tot posibilul pentru a-ți produce plăcere ție însăși”.

Kroger și Fezler (1976) au utilizat un demers centrat pe simptom în cazuri de anorgasmie, impotență și ejaculare precoce. Acești autori au pus un accent deosebit pe retrăirea în stare de hipnoză a unor experiențe pozitive legate de activitatea sexuală. A fost utilizată, de asemenea, tehnica distorsionării timpului în tratamentul ejaculării precoce: terapeutul i-a sugerat pacientului aflat în stare de hipnoză să prelungească în plan imaginativ timpul erecției și, în același timp, să se concentreze în timpul intromisiunii asupra unei imagini cu conținut nonerotic, pentru a întârzia ejacularea.

Dengrove (1980) a accentuat necesitatea concentrării atenției subiecților de sex feminin asupra satisfacțiilor oferite de sex și nu asu-

pra obținerii cu orice preț a orgasmului. Terapeutul încuraja și autostimularea manuală de către pacientă, autostimulare întărită și prin intermediul repetării mentale a sugestiilor hipnotice. Rezultate pozitive au fost obținute și prin intermediul unor tehnici de desensibilizare în plan real sau/și imaginativ. Astfel, în cazul femeilor cu anorgasmie s-au utilizat și vibratoarele pentru exersarea obținerii orgasmului. Unele strategii terapeutice includ și modificări ale condițiilor și pozițiilor în care se realizează actul sexual, hipnoza fiind utilizată doar pentru a facilita imageria erotică pozitivă și autostimulările.

Marea majoritate a terapeuților sunt de părere că în cazul anorgasmiei rezultatele cele mai bune se obțin prin combinarea demersului hipnoanalitic cu cel centrat pe simptom. Astfel, Obler (1982), în urma tratamentului aplicat la 26 de paciente cu anorgasmie, propune utilizarea unui demers interogativ, care implică desensibilizare sistematică, în stare de hipnoză, față de situațiile cu conținut erotic, pentru jumătate din ședințele inițiale, cealaltă jumătate fiind dedicată aplicării tehnicii asociațiilor libere, în urma cărora pacientele produc un material relevant, legat de conflictele inconștiente din sfera sexuală. A urmat adâncirea transei cu abreacția (descărcarea) stărilor emoționale, care au fost puse în evidență prin intermediul asociațiilor libere. În continuare au avut loc, în stare de veghe, discuții și interpretări ale informațiilor obținute în cursul ședințelor de hipnoză.

Obler (1982) este de părere că mecanismele terapeutice care au condus la obținerea unor rezultate pozitive în urma demersului aplicat au fost explorarea psihodinamică a conflictelor inconștiente și reducerea anxietății legate de activitatea sexuală.

3. Hipnoza în tratamentul disfuncțiilor sexuale

Stanley și Burrows (2001) consideră că terapia disfuncțiilor sexuale la bărbați și femei reprezintă un demers complex, care are loc în mai multe etape, fiecare dintre acestea fiind importantă pentru succesul terapiei. Terapia începe cu evaluarea cauzelor tulburării, cauze care, de regulă, au un caracter complex. Sunt necesare informații de medicină generală, psihiatrie, endocrinologie, precum și informații referitoare la aspectele sociale și culturale în cadrul cărora își desfășoară

șoară activitatea subiectul. Psihoterapia acestor afecțiuni poate să îmbrace un caracter psihodinamic cognitiv-comportamental sau eclectic, hipnoza reprezentând o abordare utilă, indiferent de orientarea terapeutică adoptată.

Dificultăți pot să se instaleze în fiecare etapă a actului sexual, dificultăți ce pot avea nenumărate cauze. Astfel, pot să apară probleme în ceea ce privește interesul sexual, activarea sexuală, penetrația, orgasmul, încheierea actului sexual și stările afective consecutive acestuia. Interviu clinic va trebui să investigheze posibilitatea existenței unor afecțiuni ale aparatului urogenital, posibile probleme neurologice, consumul de substanțe psihoactive, tulburări psihopatologice sau psihiatrice, precum și prezența altor variabile socioculturale care țin de expectațiile culturale față de activitatea sexuală, precum și de calitatea sau natura relației dintre parteneri.

Conform criteriilor Manualului Diagnostic și Statistic (DSM-IV, A.P.A., 1994), pentru a fi clasificată, o tulburare sexuală trebuie să-i producă un disconfort individului care o manifestă sau/și dificultăți de natură relațională. Tulburările sexuale nu intră în această categorie dacă reprezintă simptome în cadrul altor afecțiuni cum ar fi, de pildă, depresia și anxietatea generalizată. Toate tipurile de tulburări se clasifică în funcție de etapa comportamentului sexual pe care o afectează, precum și după alte criterii, cum ar fi: este vorba de o tulburare permanentă care l-a însoțit pe client pe parcursul întregii existențe sau este dobândită; are un caracter generalizat sau sporadic, în funcție de o situație specifică; se datorează unor cauze psihologice, combinate (medicale și psihologice), medicale sau este legată de abuzul de substanțe.

Cunoscuții autori Masters și Johnson (1996; 1970) au propus un model de terapie a disfuncțiilor sexuale de durată lungă și de orientare comportamentală, strategiile utilizate fiind desensibilizarea în plan real (*in vivo*), controlul anxietății și exersarea unor comportamente intime. Kaplan (1974, 1979) a extins modelul elaborat de Masters și Johnson, elaborând un sistem eclectic de psihoterapie scurtă pentru disfuncțiile sexuale, sistem în cadrul căruia au fost încorporate și strategii cognitiv-comportamentale. Deși Kaplan nu s-a referit la hipnoterapie atunci când și-a construit modelul acesta, a oferit un cadru propice în care hipnoza se poate integra foarte bine. Intervenția psihoterapeutică implică mai multe componente esențiale care nu trebuie neapărat aplicate la fiecare caz în parte.

În prima etapă, se realizează o evaluare diagnostică a disfuncțiilor în acord cu criteriile DSM-IV (APA, 1994). Procesul terapeutic începe de la etiologia tulburării și ține cont de expectațiile și dorințele clientului în cauză. Etapa a doua presupune stabilirea raportului și discuții cu privire la cauzele problemelor: cei doi parteneri sunt încurajați să vorbească liber, fără judecăți de valoare, despre sexualitate, credințele legate de aceasta, sentimentele și emoțiile pe care le declanșează. Etapa a treia este una cu caracter educativ, în cadrul căreia se evaluează cunoștințele clienților referitoare la aceste probleme și se corectează convingerile și prejudecățile lor referitoare la sexualitate în general și la relația lor sexuală. Etapa a patra se referă la intervențiile psihoterapeutice specifice terapiei sexuale. Se stabilește un acord între terapeut și client, mai bine spus, între terapeut și cuplu, și se fixează obiectivele terapiei.

În cazul în care apar rezistențe la psihoterapie sau progresele sunt nesemnificative, terapeutul va propune un demers terapeutic mai intensiv și de durată mai lungă. În același mod se procedează dacă în etiologia tulburării este implicată o multitudine de factori.

După cum vom vedea, există o serie de avantaje ale aplicării hipnozei în terapia disfuncțiilor sexuale (Stanley și Burrows, 2001, pp. 236-237). Hammond (1990) sublinia faptul că poate cel mai important avantaj al utilizării hipnozei în terapia disfuncțiilor sexuale constă în faptul că se poate lucra cu individul singur, în cazul în care partenerul nu dorește să coopereze sau nu există. De asemenea, hipnoza contribuie la modificarea gândurilor negative automate, precum și a convingerilor disfuncționale care stau la baza acestora.

Cu ajutorul hipnozei se pot modifica informațiile, asociațiile, simbolurile și imaginile care contribuie la menținerea disfuncției sexuale. Hipnoza contribuie la instalarea unei stări de relaxare care, la rândul ei, va putea reduce anxietatea legată de funcționarea sexuală. Relaxarea poate fi utilizată pentru a facilita interacțiunile în momentele intime, în timpul autostimulărilor, în timpul focalizării asupra manevrelor agreabile, precum și pentru realizarea desensibilizării *in vivo* și în plan imaginativ. De asemenea, relaxarea poate conduce și la diminuarea culpabilității legate de problemele sexuale.

Cu ajutorul hipnozei, clientul poate învăța să se disocieze de temerile și gândurile negative legate de funcționarea sa în plan sexual. Sugestiile hipnotice și tehnica imaginației dirijate în cadrul cărora se ve-

hiculează conținuturi de natură sexuală ajută clientul să-și distragă atenția de la vorbirea interioară cu conținut negativ, contribuie la repetarea în plan mental a unui act sexual reușit, precum și la schimbarea atitudinilor față de problemele și dificultățile sexuale. De asemenea, flexibilitatea demersului hipnotic poate modifica focalizarea orientării sexuale de la un element inacceptabil (un fel de fetiș) la unul acceptabil.

Focalizarea și sugestiile hipnotice pot contribui și la accentuarea activării sexuale, prin intermediul concentrării atenției asupra senzațiilor agreabile, element deosebit de important mai ales în cadrul celor disfuncții care au nevoie de o activare sporită: absența dorinței sexuale, dificultățile de erecție, dispareunia, anorgasmia la femei sau ejacularea întârziată la bărbați.

Prin intermediul sugestiilor directe și metaforice, experiențele negative trecute pot fi reinterpretate, iar fantasmele sexuale care creează probleme, modificate. Astfel, de pildă, fanteziile cu conținut masochist pot fi transformate în scenarii bazate pe tandrețe, grijă etc. Culpabilitatea legată de experiențele sexuale anterioare poate fi diminuată sau chiar înlăturată prin intermediul reinterpretării rolului pe care l-a jucat clientul în situația respectivă. Regresia de vârstă și retrăirea unor experiențe psihotraumatizante din trecut îl pot ajuta pe client să se distanțeze față de acestea și să nu mai privească prezentul ca pe o extensie a trecutului.

Metaforele terapeutice pot juca un rol important în modificarea atitudinii față de viața sexuală. Astfel, de pildă, o tânără căsătorită care suferea de vaginism a răspuns foarte bine la următoarea povestire prezentată în stare de transă hipnotică (Stanley și Burrows, 2001, p. 238):

„Doi tineri căsătoriți care își căutau un apartament (și în aceeași situație se găsea și clienta) au descoperit că una dintre camere era încuiată și nu există nicio cheie.

Încercările de a sparge ușa au fost dureroase și s-au dovedit lipsite de succes. Cei doi au căutat și au găsit într-un dulap de la subsol un inel cu mai multe chei. Soțul a încercat să descuie ușa, dar pentru că era foarte grăbit, scăpa pe jos când o cheie, când alta și nu putea să o potrivească în broască. Soția, mai răbdătoare și mai atentă, a încercat pe rând fiecare cheie, până când a reușit să descuie ușa. Găsirea cheii potrivite a fost primul pas în deschiderea ușii, demers de altfel foarte dificil, pentru că ușa fusese încuiată foarte mult timp. Soțul

a găsit atunci un ulei cu care a uns broasca, astfel încât ușa să poată fi deschisă oricând dorea, soția fiind cea care păstra cheia”.

Hammond (1990) a pus la punct metoda „camerei de control” în care pacientul aflat în trasa hipnotică își imaginează că intră și de unde acesta putea manevra diverse butoane care controlau activitatea sexuală. Transformarea simbolică a unor părți anatomice care au conotație negativă pentru client poate reduce anxietatea și inhibiția referitoare la activitatea sexuală (de pildă, labiile pot fi comparate cu petalele unei flori de lotus, iar penisul cu o coloană de jad — Araoz, 1982).

Distorsionarea timpului poate fi utilizată în terapia ejaculării precoce întârziată, în cazul anorgasmiei sau orgasmului întârziat la femei. Regresia de vârstă în varianta „punții afective” (Watkins, 1978) poate servi, așa cum am mai subliniat, la retrăirea psihotraumelor trecute sau, dimpotrivă, la întoarcerea în timp a subiectului, în perioada în care funcționa normal sub aspect sexual. De asemenea, cu ajutorul regresiei de vârstă pot fi explorate cauzele emoționale ale dificultăților sexuale prezente. Progresia de vârstă în cadrul căreia i se cere subiectului să-și imagineze o călătorie în timpul apropiat și să se vizualizeze pe sine realizând un act sexual reușit împreună cu partenera reprezintă o tehnică foarte eficientă de tratament mental în stare de hipnoză.

În același mod în care „anestezia în mână” poate fi transferată asupra zonei dureroase, și catalepsia unui braț poate fi transferată asupra membrului viril al unui client cu tulburări de erecție sau asupra clitorisului unei femei cu dificultăți de orgasm. Crasilnek și Hall (1975) au realizat studii cu această tehnică și au obținut succese în peste 80% din cazuri.

Sugerarea unor răspunsuri fiziologice în mod direct sau indirect poate contribui la activarea sexuală (o energie radiantă intră în corp și relaxează mușchii vaginului; un val de căldură pătrunde în corp și relaxează aceeași zonă etc.; o energie puternică de culoare roșie coboară pe coloana vertebrală, pătrunde în penis și îl întărește, îl face puternic, tare ca o bară de oțel...).

Dispareunia poate fi ameliorată sau chiar eliminată cu ajutorul unor sugestii de anestezie sau analgezie. Stanley și Burrows (2001) prezintă intervenții hipnoterapeutice pentru următoarele categorii de disfuncții sexuale:

- disfuncții ale interesului sau ale dorinței sexuale;

- disfuncții ale activării sexuale;
- dificultăți legate de actul de penetrare;
- disfuncții ale orgasmului la bărbați;
- disfuncții postsexuale

Tulburările postsexuale

Un număr redus de clienți prezintă sentimente de culpabilitate, depresie și anxietate în urma actului sexual. Aceste disfuncții nu sunt de regulă considerate tulburări ale comportamentului sexual, ci mai curând ale atitudinii față de viața sexuală sau ale focalizării sexuale. Acestea apar mai ales la subiecți cu structură de personalitate de tip obsesiv, anxios, care au fost educați în familii excesiv de restrictive, cu atitudini negative față de sexualitate sau în spiritul unor concepții religioase rigide.

XI

Formarea unor abilități de a face față stresului (de coping) prin intermediul metaforelor

Studiile clinice au evidențiat faptul că există diferențe semnificative între tipul și calitatea strategiilor de coping la persoanele care fac față cu bine dificultăților vieții și la cei care nu reușesc acest lucru (Burns, 2006). În ultimele trei decenii s-a scris multă literatură referitoare la stilurile cognitive, *abilitățile de coping asociate cu tulburarea depresivă* (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979; Seligman, 1975).

De dată ceva mai recentă sunt studiile referitoare la aceste abilități și stilurile cognitive care corelează cu bunăstarea psihică și fericirea (Burns, 2003; Burns și Street, 2003; Fredrickson, 2005; Lyubomirsky, 2001; Seligman, 2002).

1. Abilități de coping asociate cu tulburarea depresivă

Deși au fost evidențiate mai multe stiluri de coping asociate cu depresia, Burns (2006, p. 49) se oprește asupra a două dintre acestea:

- *Evitarea*

Persoanele depresive se străduiesc să facă față situațiilor stresante prin intermediul unor mecanisme care presupun evitarea (Yapko, 2001). Evitarea poate fi exprimată prin intermediul metaforei struțului care își ascunde capul în nisip atunci când se confruntă cu o situație amenințătoare. Persoanele optimiste sunt de cele mai multe ori centrate pe scop, cu dorința de a aborda și rezolva problema cu care se confruntă. Abordarea acestora este exprimată în termeni pozitivi.

Diferența dintre obiectivul unei persoane optimiste și al uneia înclinată spre depresie ar putea îmbrăca următoarea formă:

„Doresc să-mi petrec mai mult timp împreună cu prietenii” va spune prima persoană, în timp ce persoana depresivă va afirma: „Vreau să evit să fiu singur”.

Un alt exemplu ar putea fi următorul: „Doresc să contribui la ameliorarea relației mele cu prietena” în loc de „Nu vreau să ne mai certăm atât de mult” (Emmons, 1991, 1999, 2003; Street, 1999, 2000, 2001, 2002; Street et al., 2004).

Stabilirea unor astfel de obiective de tip evitant corelează negativ cu starea de bine psihic și pozitiv cu depresia (Elliot et al., 1977; Emmons, 2003). Seligman (2002) a constatat faptul că adulții cu mecanisme adaptative de tip evitant își descriau mama ca fiind o persoană rece, inaccesibilă și rejectantă. Atitudinea acestor subiecți față de alte persoane se caracterizează prin suspiciune, neîncredere, evitarea intimității și reprimarea ostilității.

- *Tendința spre ruminare interioară.*

O altă caracteristică a persoanelor depresive o reprezintă stilul cognitiv caracterizat prin repetare mentală aproape permanentă a unor evenimente și situații cu conținut negativ. Aceste ruminații se referă în mare măsură la evenimente trecute și sunt frecvent asociate cu sentimente de culpabilitate (Nolen-Hoeksema, Grayson și Larsson, 1999; Street, 2000). O modalitate mai eficientă de reacție o au persoanele capabile să se detașeze de grijile, necazurile și de propria persoană, concentrându-se mai ales asupra situațiilor și acțiunilor externe.

Stilul cognitiv de tip ruminativ corelează cu prezența mai multor simptome depresive cu episoade depresive de durată mai lungă și cu o vulnerabilitate crescută la recăderi (Lyubomirsky și Nolen-Hoeksema, 1995; Street, 2000). Ruminațiile interioare sunt contraproductive, diminuând capacitatea persoanei de a-și rezolva problema de viață (aceasta va fi perpetuată în loc să fie rezolvată). Cu toate acestea, există situații de viață când este indicată adoptarea unui stil bazat pe evitare sau ruminarea problemei în scopul de a găsi o soluție mai eficientă. Obiectul terapiei constă în a-l ajuta pe client să discrimineze situațiile în care evitarea și ruminarea pot fi răspunsuri rezonabile și cele în care acestea sunt contraproductive și conduc la depresie. Persoanele cu probleme de adaptare au dificultăți să adopte o strategie

deliberată, punând în acțiune mecanismele de evitare sau de tip ruminativ doar atunci când este cazul.

Dimpotrivă, persoanele care se consideră fericite sunt mai optimiste, mai flexibile, judecă diversele situații mai puțin global, având o gândire de tip relativist (Yapko, 2001). Aceștia au mai bune abilități de rezolvare de probleme, sunt orientați mai mult spre viitor decât spre trecut; sunt mai activi, centrați pe acțiune, își fixează obiective și stabilesc pașii de urmat pentru a atinge obiectivele. De asemenea, acești indivizi sunt mai sociabili și mai dornici de stimulare în plan intelectual și interpersonal (Burns, 1998, 2005b).

Ceea ce este important pentru succesul demersului terapeutic este faptul că strategiile utilizate de persoanele care se consideră multumite și împlinite pot fi formate și dezvoltate.

Este însă important de subliniat faptul că fericirea și mulțumirea înseamnă ceva mai mult decât absența simptomelor depresive (Diener și Lucas, 2000). Din acest motiv, terapeutul trebuie să aibă clar în minte obiectivul urmărit: reducerea simptomelor psihopatologice sau atingerea bunăstării interioare. Acest obiectiv trebuie să fie specific pentru fiecare client în parte, ținând seama de faptul că o persoană poate să evolueze mai bine dacă își însușește deprinderi de gândire pozitivă, o alta poate avea nevoie de dezvoltarea unor abilități sociale sau de modificarea unor deprinderi în sfera comportamentului.

Următorul *studiu de caz* ilustrează maniera în care terapeutul realizează interviul clinic, în urma căruia va stabili obiectivele terapiei (adaptat după Burns, 2006):

Cornelia, o clientă depresivă de 48 de ani, de profesie traducător, s-a prezentat la terapie cu o simptomatologie atât de complexă, încât terapeutul, deși avea multă experiență, și-a pus problema de unde să pornească în acest caz. Clienta s-a prezentat pentru prima oară la medicul de familie pentru probleme de memorie și de concentrare a atenției, iar acesta a trimis-o la neurolog. La rândul său, neurologul a trimis-o la psihiatru și la psiholog, pentru a se stabili diagnosticul diferențial între demență și simptomatologie secundară depresiei.

Pacienta a obținut un scor foarte înalt la inventarul de depresie Beck, iar interviul clinic a scos în evidență dispoziția tristă, tendința de retragere, autodevalorizare, culpabilitate, iritabilitate, fatigabilitate și idei cu conținut suicidal. Din relatările verbale ale clientei au mai rezultat și informațiile potrivit cărora a fost victima unui viol la vârsta de 11 ani, a avut o căsătorie nefericită cu un soț alcoolic și agresiv,

iar unul dintre cei doi copii ai săi suferă de deficiență intelectuală medie. Ca și cum acest lucru nu ar fi fost suficient, Cornelia suferise un accident rutier în urmă cu doi ani, după care a avut o perioadă lungă de recuperare, iar în urmă cu câteva luni i-a decedat mama pe care a îngrijit-o până în ultima clipă a vieții. În ciuda multiplelor sale neazuri, Cornelia s-a dovedit a fi o persoană generoasă, care și-a ajutat de fiecare dată rudele și prietenii aflați în situații dificile.

În astfel de cazuri, terapeutul nu trebuie să se simtă la fel de depășit de situație ca și clientul, pentru că există posibilitatea de a se lăsa „prins” de modelul negativ de gândire al acestuia și îi poate fi mai puțin de ajutor. Burns este de părere că în acest caz se pot realiza unele modificări în domeniul experiențelor subiective ale clientului, elementul esențial fiind trezirea speranței acestuia legată de procesul de vindecare. Construirea unor expectații cu caracter realist o va ajuta pe clientă, în situația prezentată, să își stabilească obiective clare, să identifice strategii de atingere a acestora și să găsească motivația necesară pentru a le duce la bun sfârșit.

La întrebarea „Ce anume dorești să obții în urma terapiei?” clienții depresivi au tendința de a formula, așa cum am mai subliniat, obiective cu conținut evitant: „să nu mai uit, să nu mai fiu atât de nervoasă, tristă și izolată” și nu unele constructive (cum ar dori să se simtă, spre exemplu). În această situație, terapeutul va trebui să-i adreseze clientului/clientei următoarea întrebare: „Dacă nu mai dorești să te simți nervoasă, tristă, iritabilă, cum anume ai dori să te simți?” sau „Dacă nu mai dorești să te izolezi, ce anume ai dori să faci?” O altă particularitate a stilului cognitiv la clienții depresivi este gândirea globală, vagă (Yapko, 1997, 2001). Întrebată fiind cum ar dori să se simtă, Cornelia a afirmat că ar dori să fie mai relaxată și să iasă mai mult din casă. Terapeutul va trebui să intervină, corectând aceste obiective nespecifice și înlocuindu-le cu unele cu caracter concret. Acesta îi va cere să-și anintească acele perioade când s-a simțit mai relaxată și ce anume a determinat-o să se simtă astfel.

Aflat în acest moment al intervenției terapeutice, terapeutul va trebui să se întrebe, la rândul său, ce ar fi de folos clientului pentru ca acesta să se simtă bine: să-și dezvolte unele abilități sociale, să-și modifice stilul de gândire, să-și diversifice repertoriul reacțiilor emoționale, să schimbe anumite modele de comportament, să se orienteze mai mult spre acțiuni sau să se îndrepte spre anumite preocupări de natură spirituală. Fiecare din aceste elemente va putea deveni un

obiectiv al intervenției terapeutice. Odată stabilit domeniul în care este deficitar clientul, terapeutul va merge mai departe în demersul de concretizare a obiectivelor terapeutice.

Presupunând faptul că un client ar beneficia cel mai mult de dezvoltarea unor abilități sociale, se pune întrebarea *despre ce fel* de abilități sociale ar putea fi vorba: de comunicare, de relaxare în compania celorlalți, de dezvoltarea unor interese comune de grup, de comportament asertiv etc. Cornelia a afirmat că se simte cel mai bine atunci când se joacă cu motanul ei. Terapeutul a rugat-o în continuare pe clientă să descrie experiențele senzoriale și emoționale specifice acestei situații (atingerea blănii pisicii, torsul, grația micuței feline care face salturi). Desigur, joaca nu reprezintă o soluție la problemele complexe ale clientei, dar poate reprezenta o resursă care să-i amintească faptul că existența poate avea și momente agreabile.

Intervenția terapeutică prin intermediul hipnozei trebuie să se structureze în funcție de răspunsurile la următoarele întrebări (Burns, 2006, p. 59):

1. Care sunt obiectivele terapeutice specifice fiecărui client?
2. Ce model terapeutic va trebui adoptat pentru a servi atingerii acestor obiective? Se vor utiliza strategii cognitiv-comportamentale specifice terapiei de familie, terapiei strategice, celei centrate pe soluție, sugestive sau cele ale terapiei pozitive?
3. În cadrul unui model terapeutic, ce strategie specifică ar fi mai indicată: de modificare a stilului cognitiv sau atribuțional, de schimbare a unor deprinderi în sfera comportamentală sau de formare a unor abilități sociale?
4. Cum ar fi mai indicat să se comunice clientului ce tip de intervenție va fi preferat: în mod direct sau prin tehnici metaforice indirecte?

Marele avantaj al utilizării strategiilor bazate pe hipnoză constă în faptul că acestea permit comunicarea unor mesaje personalizate și relevante pentru client. Hipnoterapia include o gamă largă de sugestii, începând cu cele directe și mergând până la cele indirecte, metaforice, terapeutul putând alege acele mesaje la care clientul va răspunde cel mai bine. În cazul în care sugestiile directe nu s-au dovedit eficiente (de regulă acestea au fost deja administrate involuntar de familie, prieteni, medicul de familie și chiar de medicul psihiatru), terapeutul poate să recurgă la o *abordare indirectă*.

2. Rolul metaforelor terapeutice

Metaforele terapeutice reprezintă o modalitate eficientă de a comunica anumite informații clienților depresivi care se simt neajutați, sunt pasivi, lipsiți de o direcție interioară și au un tip de gândire global și mai curând concret. Aceste povestiri terapeutice asigură o învățare atractivă și ocolesc rezistențele clientului, invitându-l să participe la un proces de cântărire a unor sensuri („oare de ce îmi povestește terapeutul această poveste... cum ar putea aceasta să mă ajute?“). Prin intermediul metaforelor structurate, clienții învață să-și dezvolte abilități de rezolvare de probleme, se angajează în procese decizionale și proiectează scopuri și obiective de viață. Observațiile clinice și empirice au evidențiat faptul că o povestire spusă la timpul și în momentul potrivite poate consolida relația dintre cel care istorisește și cel care ascultă, de asemenea poate conduce la apariția unor noi idei și poate genera modele de urmat, soluții pentru viitor, optimizând procesul de comunicare.

Metafora terapeutică este o povestire care cuprinde un început, o parte intermediară și un final. Aceste trei elemente sunt astfel alcătuite, încât să servească scopurilor terapiei. Astfel, povestirea va începe cu începutul (problema clientului). Aceasta va fi descrisă în termeni apropiați de cei utilizați de client, iar personajul principal va avea unele caracteristici comune cu acesta. Partea intermediară a povestirii va aborda problematica resurselor clientului (abilități, aptitudini, stil de gândire, interese sau orice alt element de care aceasta ar avea nevoie pentru a-și atinge obiectivele). Finalul povestirii se referă la atingerea obiectivului terapiei (Burns, 2006).

Autorul citat (Burns, 2006) denumeste modelul acesta PRO (problem, resources, outcome) care în limba română ar putea îmbrăca forma PRS (problemă, resurse, soluții). Burns este de părere că în alcătuirea metaforei terapeutice este mai bine să se înceapă cu finalul (obiectivul dezirabil), care se va construi în funcție de elementele evidențiate în urma interviului preliminar. Urmează apoi sublinierea resurselor adaptative de care dispune clientul și abia la sfârșit se formulează problema.

Prezentăm mai jos o *metaforă terapeutică* adaptată după Burns (2006, pp. 62–63) pentru doi clienți trimiși la terapie de un medic de

familie, pentru că fuseseră implicați într-un accident rutier și prezentau *simptomul de stres posttraumatic*.

Autorul subliniază faptul că nu este atât de important *ce anume* li se întâmplă personajelor, ci mai ales *maniera în care acestea fac față situației stresante*.

Terapeutul realizează inducția hipnotică și apoi administrează clientului următorul instructaj:

„În timp ce stai relaxat pe fotoliu, îți voi spune o poveste... o poveste care va fi de fapt o lecție de viață... o lecție care te va face să te simți altfel... în mod diferit:

Dan și Nelu erau prieteni foarte apropiați. Cei doi erau prieteni și cu Andrei. Toți trei lucrau la aceeași firmă și adesea mergeau la pescuit sau în excursii împreună, iar în weekend se întâlneau la un grătar împreună cu familiile lor. Într-o zi s-a întâmplat ceva neașteptat, ceva la care nimeni nu s-ar fi gândit. Așa cum mi-a povestit mai târziu Dan: «Uneori un lucru se întâmplă pur și simplu!» S-a petrecut de fapt un eveniment care le-a scăpat de sub control.

Nu s-a putut face nimic pentru a preveni acel eveniment tragic. Așa cum îi cunosc eu pe Dan și pe Nelu, aceștia s-au tot frământat mereu, au întors lucrurile pe toate fețele, întrebându-se dacă nu ar fi putut face altceva, dacă nu ar fi trebuit să procedeze altfel.

Dan, Nelu și Andrei lucrau împreună... erau aproape tot timpul împreună până când... Andrei era în ziua aceea la volan când deodată mașina care circula regulamentar a fost lovită în plin de un BMW care gonea pe contrasens.

Andrei a fost omorât pe loc, iar Dan și Nelu au ajuns în stare gravă la spital.

Problema

Evenimente neașteptate și nedorite se pot petrece.

Nu deținem controlul asupra tuturor situațiilor.

Clienții au gânduri ruminative cu conținut depresiv-anxios.

S-a petrecut un eveniment traumatic îngrozitor.

Ei și-au revenit până la urmă și au fost recuperați destul de rapid, dar în timpul recuperării nu-și puteau lua gândul de la moartea violentă a prietenului lor Andrei; se simțeau vinovați că au rămas în viață... că trăiesc. Ei se întrebau mereu dacă ar fi fost unul dintre ei la volan ce s-ar fi întâmplat... poate că accidentul ar fi fost evitat... poate că nu. Este firesc ca cei amândoi să sufere de o puternică reacție produsă de stres. M-am întâlnit în cabinetul de psihoterapie cu fiecare dintre ei după ce au fost externați.

Vorbind cu Nelu, acesta repeta mereu: «Aș fi putut fi eu; îmi vine în minte tot timpul chipul lui Andrei, îl visez și noaptea și mă trezesc în panică; aș fi putut fi mort».

Dan mi-a spus ceva complet diferit, deși a trăit o experiență asemănătoare cu Nelu: «Ce noroc am avut ca am scăpat cu viață. Îmi pare tare rău de Andrei, dar mulțumesc lui Dumnezeu pentru mine și familia mea că ne-a lăsat în viață!»; «Atunci când mă năpădesc gândurile negre și nu pot să dorm, mă ajută să-mi amintesc ce norocos am fost că am scăpat».

M-a surprins faptul că, deși cei doi prieteni au trăit o experiență asemănătoare, ei au reacționat atât de diferit. Nelu se întreba mereu «De ce asemenea lucruri mi se întâmplă numai mie?»; «Viața mea este distrusă din acel moment», «Nu voi putea niciodată să trec peste momentele acelea de groază».

Sentimente de neajutorare, lipsă de speranță, autodevalorizare, vinovăție.

Trăirea dramatică a stării de panică și anxietate.

Gândire de tip pesimist.

Resursele

Gândirea optimistă

Gândire concretă de tip global / gândire situațională.

Cu cât își spunea mai des acele lucruri, cu atât se cufunda tot mai adânc în disperare, considerând că viața sa va fi totdeauna așa. Pentru Nelu aceasta a reprezentat încă o lovitură cruntă a destinului, el crezând că aceste lovituri vor continua la nesfârșit.

Lui Dan i-a trebuit un anumit timp să depășească reacția sa naturală de doliu, teama și nesiguranța. Este evident că un eveniment traumatic de asemenea proporții poate afecta în mod profund pe oricine. Atunci când pierdem pe cineva apropiat, reacția de doliu ne ajută să ne adaptăm situației: trăirea sentimentului de tristețe, conștientizarea pierderii, lacrimile, sentimentele de revoltă, timpul necesar procesării acestora sunt reacții firești și normale.

Dan a reușit mai repede decât Nelu să așeze lucrurile la locul lor: «O să-mi fie teribil de dor de el... este îngrozitor ce a pățit... prin ce dramă trece familia lui..., dar mai sunt lucruri pe care mă pot baza, mai am și alți prieteni, soția și copiii mei sunt alături de mine și mă susțin».

Nelu se lamenta mereu: «Nimic nu-l va putea aduce pe Andrei înapoi», «Nu voi mai fi niciodată cel dinainte».

El era mereu revoltat, disperat, furios și repeta mereu și mereu în minte imagini și vorbe de acest fel. Se simțea fără apărare, neajutorat, vinovat de faptul că nu a fost el la volan în ziua aceea. Treptat, Nelu a devenit tot mai retras, a încetat să se mai vadă cu prietenii, stătea toată ziua în fotoliu și rumina gânduri de

Modul nostru de a gândi influențează stările noastre afective și comportamentul.

Doliul este o stare normală.

Este firesc să simțim pierderea și toate stările afective care țin de aceasta.

Gândire de tip situațional.

Gândire inflexibilă.

Trăirea unor sentimente de neajutorare, culpabilitate, retragere, idee cu conținut suicidal și dificultăți relaționale.

sinucidere. Modul său de a se purta a devenit de nesuportat, așa încât soția l-a amenințat că dacă nu iese din starea respectivă, îl va părăsi. În cele din urmă acest lucru s-a și întâmplat, fapt ce i-a dat și mai multe motive să considere că viața a fost nedreaptă cu el.

Dan, dimpotrivă, nu vedea lucrurile într-o manieră rigidă și fixistă la fel ca prietenul său Nelu. El chiar a spus la un moment dat: «În viață sunt momente bune și rele, dar toate vor trece». El era convins de faptul că după noapte vine o nouă zi, iar după ploaie răsare soarele. El știe că lucrurile se vor schimba în bine, considerând viața un fenomen dinamic și schimbător, nu rigid și nemișcat.

Spre deosebire de prietenul său, Dan speră că lucrurile se vor schimba. El a început deja să viseze la vacanța pe care și-o va programa în luna august împreună cu familia... Se gândește chiar că va pescui din nou. Dan se simte în putere după accident și a vorbit la resurse umane să-și reia serviciul... deși crede că va mai trece un oarecare timp până când se va urca la volan.

Nelu nu are gânduri de viitor... el își petrece timpul gândindu-se numai la trecut... la evenimentele negative din trecut... colegilor le spune adesea că nu vede capătul tunelului. Maniera în care Nelu se concentrează asupra trecutului nu-i este de niciun folos. Este singur, centrat doar pe sine, refuză să discute cu prietenii, se simte singur, trist și părăsit... refuză să se întoarcă la serviciu.

Gândire flexibilă.

Activarea speranței.

Focalizare asupra propriei persoane (introspecție).

Dan își focalizează atenția mai mult în afară. Odată acesta mi-a spus: «Trebuie să mă gândesc la familie, copiii au nevoie de un tată normal, cu care să se simtă bine, iar soția mea nu este obligată să trăiască lângă o persoană bolnavă». Faptul că se gândește la ceilalți reprezintă un lucru bun și constructiv pentru Dan. Dacă familia lui a început să se simtă bine, și el se va simți mai bine.

Mă gândeam că ar fi fost benefic dacă și Nelu ar fi procedat astfel. Dacă i-aș fi spus ceva de genul acesta, probabil că mi-ar fi răspuns: «Nu este deloc ușor să te schimbi» și, desigur, el ar avea dreptate parțial.

Nu este simplu, mai ales pentru că el a gândit așa toată viața și nu știe cum să procedeze pentru a se schimba. Orientare negativă spre trecut.

Probabil Nelu nu este la curent cu datele psihoterapiei cognitiv-comportamentale, care postulează că nu atât evenimentele externe, cât maniera noastră de a le interpreta conduce la stări afective negative și comportamente disfuncționale și că atitudinile noastre față de evenimente pot fi modificate... la fel ca atunci când facem gimnastică și lucrăm cu anumite grupe de mușchi.

Exersarea modului de gândire pozitiv, constructiv, seamănă și cu mersul pe bicicletă sau cu șofatul... Cu cât exersezi mai mult, cu atât faci lucrurile mai bine... cu atât ți se pare mai ușor.

Întâlnindu-i pe Dan și pe Nelu, m-am întrebat cum este posibil ca două persoane să relaționeze atât de diferit la

Focalizare asupra celorlalți.

Cum putem modifica stilul de gândire?

Nu este un demers ușor de realizat.

Cuvântul *parțial* sugerează ideea de schimbare.

Se prezintă o metaforă științifică pentru a sugera faptul că schimbarea este posibilă.

Se pune accentul pe experiențele trecute pentru a implementa ideea de schimbare.

Finalul

aceeași situație. Poate că ei au avut experiențe anterioare diferite care i-au învățat cum să reacționeze în situații de stres. M-a preocupat mai ales Dan și felul în care a procedat el pentru a se adapta atât de bine. Ceea ce am învățat la rândul meu este faptul că există multe modalități de a reacționa, de a face față unei situații, unele sunt eficiente, ne sunt de folos, altele nu”.

Se accentuează ideea că există mai multe posibilități.

A învăța din experiența altora.

Este important nu să descoperim evenimentul în sine, ci modalitatea de a reacționa la acesta.

XII

Hipnoterapia în combaterea durerii

Hart (1993) este de părere că durerea reprezintă un fenomen psihosocial multidimensional, care implică experiențe senzoriale, factori emoționali (suferință, teamă, expectații, modificări ale dispoziției, anxietate, tensiune, amintiri, motivație și fenomene sugestive), precum și componente sociale, care țin de consecințele culturale și de inserția în mediu a persoanei care suferă durerea. Același autor definește, în acest context, hipnoza ca fiind o stare modificată de conștiință, caracterizată prin producerea unor distorsionări la nivelul senzațiilor, percepțiilor, memoriei, prin modificări involuntare ale comportamentului, precum și prin facilitarea accesului la zonele inconștiente ale psihismului subiectului.

Rose (2001) subliniază faptul că există o multitudine de factori care influențează reacția individului la durere: structura personalității, afectivitatea, factori ce țin de cultură, experiența anterioară, importanța organului implicat și, desigur, aspecte ce țin de situația economică. A trata durerea doar ca simptom, fără a ține seama de conotațiile sale psihologice conduce la rezultate parțiale, mai puțin eficiente.

O problemă importantă de care trebuie să țină seama terapeutul se referă la terminologia pe care o utilizează clientul pentru a-și descrie durerea: arsură, înțepătură, lovitură de cuțit, presiune, strivire, înghețare etc. Atunci când clientul utilizează cuvinte care se referă la fierbințeală, arsură, foc, terapeutul va trebui să administreze imagini și fraze care să sugereze senzația de rece sau doar răcoare. Zonele dureroase asociate cu senzații de rece cauzate de vasoconstricție vor răspunde foarte bine la sugestii legate de încălzire („o căldură plăcută îți cuprinde fruntea, fața, creștetul capului” etc.). Terapeutul va trebui să obțină informații și asupra naturii continue sau intermitente a durerii, precum și asupra unor factori conjuncturali care fac durerea

să înceteze, să se accentueze sau să se reducă (poziția corpului, dacă este în mișcare sau în repaos etc.).

În cazul durerilor severe care se întind pe perioade lungi, cu pauze relativ scurte de relaxare, se vor administra sugestii de distorsionare a percepției timpului, în care se va sugera clientului că perioadele dureroase sunt foarte scurte, iar perioadele când durerea dispare sunt mult mai lungi. Durerile de cap, în timpul cărora clientul simte cum capul său este parcă strâns într-o menghină sau într-un cerc de fier, vor răspunde foarte bine doar la simpla relaxare.

În terapia durerilor cronice trebuie să se țină seama de cauzele durerii, mecanismele, fiziopatologia și simptomatologia diverselor sindroame în cadrul cărora durerea reprezintă un factor important, o abordare multidisciplinară având cele mai mari șanse de succes (analgezice, medicație adecvată problemei și o abordare psihoterapeutică). Terapeutul trebuie să fie conștient de faptul că durerea are efecte negative asupra sistemului imunologic al organismului (Liebeskind, 1993), generând în același timp depresie, anxietate și chiar teamă. În ceea ce privește utilizarea hipnozei în combaterea durerii, aceasta a fost validată empiric de-a lungul secolelor. Cercetările experimentale de dată mai recentă au venit să confirme acest lucru. Astfel, de pildă, Spiegel, Bierre și Rooteberg (1989) au demonstrat că amplitudinea reacțiilor neurofiziologice specifice durerii a scăzut semnificativ la subiecții care practicau în transă hipnotică o tehnică imaginativă de blocare a acesteia, comparativ cu subiecții lotului-martor.

S-a constatat, de asemenea, că hipnoza contribuie și la reducerea anxietății, care este strâns legată de durere și contribuie la accentuarea acesteia.

Hipnoza s-a dovedit însă ineficientă în cazul unor dureri de natură psihogenă care reprezintă un echivalent pentru depresie. În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să abordeze în mod prioritar depresia și să utilizeze tehnici terapeutice de profunzime cum ar fi hipnoanaliza. Astfel de situații pot fi identificate mai ales atunci când interviul clinic evidențiază tulburări de somn, fatigabilitate, pierderea interesului și plăcerii (inclusiv a celor sexuale, scăderea randamentului în activitate și tendința clientului de a petrece mult timp în pat).

În **terapia controlului durerii**, terapeutul va trebui să evalueze următoarele aspecte:

- Natura și originea durerii, dacă aceasta are cauze predominant organice, psihologice sau combinate;

- Existența unui „beneficiu secundar” de pe urma durerii (pensie de invaliditate, atenția celor din jur etc.);
- Motivația clientului de a se elibera de durerea sa;
- Cunoștințele și convingerile legate de hipnoză și de posibilitatea ca aceasta să îl ajute în rezolvarea problemei sale;
- Nivelul hipnotizabilității. Observațiile clinice au evidențiat faptul că și subiecți cu un nivel mai redus de hipnotizabilitate pot beneficia de reducerea durerii practicând o tehnică de relaxare;
- Existența unei relații terapeutice pozitive între client și terapeut;
- Dorința și tenacitatea de care dă dovadă clientul în practicarea independentă a unei tehnici de autohipnoză.

Evans (2001, p. 254) confirmă faptul că pacienții care suferă de dureri cronice nu vor să accepte că li s-a redus nivelul de funcționare, solicitând într-un mod aproape agresiv să fie ajutați să redevină cum au fost înainte. Pacienții cu dureri cronice sunt iritabili, depresivi, orientați spre trecut, se simt abuzați de medici și de sistemul legislației medicale și afirmă faptul că și-au pierdut controlul asupra existenței lor. Este important ca terapeutul să accepte ideea că durerea reprezintă un fenomen real și nu este doar în mintea clientului.

Evans (1989, 2001, p. 255) propune un set de patru întrebări pe care le consideră absolut necesare în evaluarea clienților suferind de dureri cronice, care solicită aplicarea hipnozei:

1. Ce ar fi diferit în existența ta dacă durerea ar dispărea dintr-odată? De multe ori clientul răspunde cu o tentă agresivă care poate furniza terapeutului informații cu privire la „utilitatea” pe care o are durerea pentru el. („Sărmanul meu soț, el nu va mai avea grijă de mine... va putea să iasă cu prietenii la o bere!”)
2. Dorești cu adevărat să te faci bine? Mulți clienți reacționează și mai violent la o astfel de întrebare. „Ce vrei să spunei? Sigur că doresc să mă simt mai bine!” Chiar după repetarea de mai multe ori a întrebării, rareori răspunsul este un simplu „da”, fapt ce poate fi un indiciu că pacientul nu este încă pregătit să se elibereze de durerea sa.
3. Ai fi mulțumit dacă nivelul durerii tale s-ar reduce la jumătate? Această întrebare are drept scop evaluarea gradului de realism al expectațiilor clientului.
4. Ești dispus să muncești din greu pentru a te simți mai bine?

Prin intermediul acestei întrebări terapeutul va verifica dacă nu cumva clientul său consideră hipnoza o „cură magică”. Întrebarea servește, de asemenea, stabilirii unui contract terapeutic corect, în cadrul căruia clientul să se simtă responsabil pentru progresele sale. Mai există și alte întrebări pe care ar trebui să le adreseze terapeutul clientului cu dureri cronice (Evans, 2001, p. 255). Astfel, de pildă, dacă terapeutul îi va adresa întrebarea „Ce anume îți place la tine?”, clientul fie nu va răspunde nimic, fie răspunsul va fi foarte sărac în conținut, în timp ce la întrebarea „Ce anume nu-ți place la persoana ta?” clientul se va strădui să furnizeze multe detalii. Pe baza acestor informații terapeutul va trebui să construiască sugestiile de întărire a Eului.

Studii de caz (I)

Maria, o femeie de 52 de ani, s-a prezentat la cabinet având o istorie lungă de aproape opt ani de dureri sub formă de arsură și mâncărime în zona feței, de care era responsabil nervul intraorbital. Afecțiunea s-a instalat în urma unui episod de herpes-zoster. Durerea era atât de puternică, încât clienta nutrea gânduri cu conținut suicidar.

Aceasta a fost tratată cu medicație antidepresivă după care s-a trecut la inducție hipnotică. Strategia utilizată a fost aceea a imaginației dirijate combinate cu regresia de vârstă. Clienta a fost regresată la vârsta de 8 ani, când făcuse o călătorie împreună cu părinții în munții Tatra. În transa hipnotică, i s-a sugerat că face un bulgăre de zăpadă și apoi îl ține în zona afectată.

O altă tehnică utilizată a fost aceea a „anesteziei în mânășă”: clientei aflată în stare de transă hipnotică i s-a sugerat că i se face o injecție cu novocaină la nivelul dosului palmei și că degetele sale amorțesc unul câte unul. În continuare clientei i s-a cerut să transfere senzația de amorțeală în zona dureroasă.

Studiu de caz (II)

Carmen, o profesoară în vârstă de 47 de ani, s-a prezentat la numeroase cabinete medicale pentru dureri puternice în zona lombară și pe traiectul nervului sciatic. Clienta încerca permanent să-i convingă pe medici asupra cauzei organice a afecțiunii sale, deși toate investigațiile arătau contrariul.

În stare de transă hipnotică, clienta a primit următorul instructaj: „Rămâi relaxată, foarte relaxată, cu ochii închiși... imaginează-ți acum că te afli la mare, pe plajă și stai întinsă pe nisipul moale și

fierbinte, care îți acoperă piciorul stâng, te învelește. Este un nisip cu calități deosebite și pe măsură ce piciorul tău absoarbe căldura nisipului, durerea ta se scurge în nisip... se scurge tot mai mult în nisip...

Nisipul fierbinte înlocuiește vechea ta durere cu o senzație de căldură și confort. Atunci când vei reveni din starea de relaxare vei aduce înapoi cu tine această senzație plăcută de căldură, confort, de bine... și această senzație plăcută, de confort, va rămâne împreună cu tine și atunci când vei fi complet trează”.

După o lună de tratament, clienta a redus aproape în totalitate analgezicele și antidepresivele.

1. Tehnici specifice de controlul durerii (sistemizate de Rose, 2001, p. 268)

1. Inducerea relaxării profunde poate diminua anxietatea care însoțește adesea durerea. Sugestiile administrate clientului trebuie să-l ajute să-și imagineze că se află într-un loc plăcut, unde se simte în deplină siguranță, liniștit, relaxat. Este indicat să se apeleze la cât mai multe modalități senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică etc.
- Asfel, de pildă, unor clienți li se poate sugera faptul că se plimbă undeva la munte, în zăpadă, fac bulgări și chiar se tăvălesc în zăpada moale, pufoasă, rece.
2. Sugestii directe de reducerea durerii. Simpla sugerare în stare de transă că durerea dispăre din zona x și nu mai revine poate avea efecte benefice în cazul unor pacienți.
3. Transferarea senzației dureroase dintr-o zonă a corpului în alta, mai puțin importantă sau anxiogenă, îi poate ajuta pe acei clienți care mai au nevoie de simptomul lor, poate pentru a avea un control asupra corpului sau un beneficiu secundar. De pildă, clientului i se poate sugera să transfere durerea din zona abdominală în zona degetului mic al palmei stângi.
4. Modificarea senzației dureroase prin transformarea acesteia într-o senzație mai tolerabilă, de presiune, amorțeală etc.
5. Durerea poate fi controlată și prin sugerarea senzației de amorțeală care se poate obține cerându-le clienților să-și imagineze că le-a fost injectat un anestezic local.

Tehnica „anesteziei în mână”, la care ne-am referit mai devreme, presupune sugerarea anesteziei la nivelul mâinii și apoi transferarea acesteia în zona dureroasă. De pildă, unui copil aflat în cabinetul de stomatologie i se poate aplica gelul anestezic pe deget, apoi degetul va atinge gingia și va face ca orice trăire neplăcută să dispară.

6. Tehnica disocierii se poate realiza cu ajutorul imaginației dirijate și presupune disocierea clientului de durerea sa. Se poate chiar sugera faptul că subiectul își părăsește corpul. Senzația de disociere poate fi atinsă sugerându-se clientului că se află în locuri plăcute.

O altă strategie constă în a-i sugera clientului că se află așezat comod pe un fotoliu, are în față un ecran, în care se vede pe sine așa cum dorește să devină: sănătos, activ, liber de orice durere.

7. În stare de transă hipnotică, unora dintre clienți li se poate sugera faptul că își analizează durerea ca pe o experiență interesantă.
8. Regresia de vârstă.

Clientului i se poate sugera să se întoarcă în timp, înainte de perioada în care a apărut disconfortul, durerea. Când revine la starea normală clientul va aduce cu sine acea imagine de persoană sănătoasă.

9. Așa cum am mai subliniat, distorsionarea percepției timpului în transa hipnotică poate face ca subiectul să perceapă perioadele dureroase ca fiind mai scurte și cele nedureroase ca fiind mai lungi.

10. Concretizarea simptomului.

Clientului i se poate cere să-și reprezinte durerea sub forma unei imagini care poate fi apoi modificată, distrusă.

„Cum îți reprezintă durerea? Ce culoare are ea? Ce formă? Imaginează-ți acum că îți modifici forma și culoarea durerii și, odată ce îți modifică forma și culoarea, nu mai este durere... este o altă senzație...”

11. Metoda camerei interioare secrete.

Instructajul administrat clientului ar putea îmbrăca următoarea formă:

„Stai pe fotoliu calm și relaxat... foarte relaxat... destins... liniștit... Treptat simți cum corpul tău devine tot mai ușor, tot mai ușor... te ridici de pe fotoliu și pornești pe un culoar întunecos, la capătul căruia se vede o lumină albă. Ajungi acolo și vezi o ușă, o ușă pe care nu ai mai văzut-o înainte... În spatele acelei uși este camera ta secretă... sanctuarul tău, locul unde nu există durere...”

Deschizi ușa... intri în cameră și închizi ușa la loc. Lași în urma ta durerea, teama, tristețea, disconfortul... Te așezi pe un fotoliu moale, de pluș verde deschis... și observi că în fața ta este un ecran mare în care te vezi așa cum ai fost cândva sau cum ai dori să devii, sănătos, puternic, plin de energie, liber de orice durere sau disconfort... Imaginează-ți acum că te ridici din noul tău fotoliu și intri în ecranul din fața ta, devenind una cu persoana care dorești să devii, una cu imaginea ta ideală..."

12. Un alt scenariu imaginativ care poate fi adaptat și pentru controlul durerii este *călătoria printre culorile curcubeului*, unde roșu va putea fi asociat cu căldura și energiile vindecătoare, portocaliu cu forța și căldura soarelui, galben cu starea de mulțumire și bunăstare, verde cu prospețimea ierbii, albastru cu libertatea apelor unui râu sau a valurilor mării, iar violet cu pacea și liniștea deplină.

2. Hipnoanestezia

Deși Esdaile a utilizat „mesmerismul” în urmă cu 140 de ani în peste 300 de cazuri de intervenții chirurgicale, dezvoltarea anestezi- celor a redus pentru mult timp interesul pentru aceste operații „fără durere”. În ultimii 25 de ani, s-a produs o nouă orientare a specialiștilor către controlul durerii prin intermediul hipnozei, acest lucru datorându-se mai ales studiilor care au evidențiat rolul dominant al variabilelor psihologice în producerea și suportarea durerii de către pacient.

Deși unanim recunoscută, contribuția hipnozei la combaterea durerii este încă slab reprezentată, din următoarele rațiuni (Hart, 1984):

1. Opinia specialiștilor că tehnica hipnotică durează prea mult.
2. Neîncrederea unor specialiști în utilitatea hipnozei în reducerea durerii.
3. Concepțiile eronate cu privire la natura hipnozei.
4. Unele eșecuri timpurii înregistrate în aplicarea tehnicii.
5. Teamă de ridicol a unor specialiști.
6. Dezvoltarea spectaculoasă a anesteziei.
7. Numărul limitat de specialiști hipnoterapeuți care lucrează în domeniul medicinei și al stomatologiei.

În ciuda acestor limitări, utilizarea terapeutică a hipnozei în combaterea durerii rămâne un domeniu promițător, mai ales ținând seama de faptul că aceasta nu are niciun fel de efect secundar, așa cum se întâmplă în cazul majorității anesteziei și analgezicelor. Deși durerile acute, previzibile, de durată scurtă și având valoare de semnalizare răspund bine la tratamentele medicamentoase, tot mai mulți specialiști sunt de părere că pregătirea psihologică a pacienților, incluzând și metodele hipnotice, poate contribui la înarmarea acestora cu metode de a face față stimulilor agresivi.

Hilgard și Hilgard (1975, 1983) subliniază faptul că hipnoza poate să fie deosebit de utilă, mai ales pentru reducerea durerilor consecutive unor intervenții chirurgicale, nașterii, celor postoperatorii ori specifice dismenoreei, cefaleei și arsurilor.

Durerile cronice, imprevizibile, cu durată de peste șase luni, care răspund insuficient la medicația analgezică și nu au valoare de semnalizare pentru organism, sunt mult mai complexe și afectează întreaga existență a individului. Și în aceste cazuri hipnoterapia poate constitui, alături de metodele de fizioterapie și de cele specifice demersurilor cognitiv-comportamentale, un auxiliar prețios în cadrul unor metode complexe de management al disconfortului resimțit de pacienții cu leziuni ale coloanei vertebrale, cancer, reumatism, artrită, nevralgii sau dureri abdominale cu cauze necunoscute. Hilgard și Hilgard (1975, 1983) au demonstrat experimental o relație între gradul de hipnotizabilitate și producerea analgeziei și anesteziei hipnotice. Studiile au arătat, de asemenea, că în proporție de 5–20% populația este suficient de hipnotizabilă pentru a beneficia de hipnoză ca metodă de combatere a durerii.

Hipnoterapeuții de orientare ericksoniană, care utilizează un demers terapeutic mai natural și mai permisiv, sunt de părere că nivelul hipnotizabilității nu este atât de important atunci când pacienții motivați sunt inițiați într-o tehnică indirectă și permisivă care îi va ajuta să-și utilizeze resursele interioare pentru a-și rezolva problemele personale, inclusiv pe cele legate de durere.

Orne (1983) sublinia faptul că nivelul hipnotizabilității este mai important în cazul reacțiilor fiziologice specifice durerilor acute, în timp ce pentru cele cronice mai importante decât hipnotizabilitatea sunt motivația, expectațiile și atitudinile pacientului.

Fisher (2001) relatează cazul unui pacient care urma să suporte o intervenție chirurgicală pentru by-pass. Pacientul era foarte speriat

și a solicitat hipnoza la recomandarea unui prieten al fiicei sale, care era membru în societatea americană de hipnoză clinică, fiind dispus să accepte orice l-ar fi putut ajuta. Primul pas în aplicarea tehnicii l-a reprezentat evaluarea nivelului de hipnotizabilitate, care a fost realizată cu ajutorul profilului de inducție hipnotică (Hypnotic Induction Profile, HIP) elaborat de Spiegel (1975). Clientul, Marcus, un cercetător chimist de renume în vârstă de 49 de ani, a obținut un scor foarte scăzut, 5 din 15 puncte posibile, manifestând o atitudine sceptică.

„Voi reuși până la urmă, nu-i așa?”, a întrebat pacientul după aplicarea testului. Terapeutul i-a explicat că oamenii răspund la hipnoză în moduri diferite și că nu este necesar ca să fie cineva total detașat de realitate pentru a beneficia de pe urma hipnozei. În continuare, terapeutul i-a explicat faptul că a observat anumite semne promițătoare cum ar fi: o relaxare a mușchiului feței și umerilor, căderea capului și o atitudine de destindere generală, afirmând faptul că doar 5 până la 15% din populație pot intra într-o stare de transă profundă, în care să nu mai aibă contact cu lumea exterioară, dar că o astfel de stare nu este neapărat necesară pentru eficiența terapiei. Cu 24 de ore înaintea intervenției, deși încă destul de anxios, pacientul a acceptat să facă exercițiul de relaxare propus de către terapeut, exercițiu care dura 90 de secunde și care trebuia practicat seara, cu o oră înainte de culcare, dimineața, în ziua intervenției și în timp ce era transportat spre sala de operație. De asemenea, pacientul a fost instruit să practice exercițiul și după ce avea să se trezească din anestezie.

Intervenția a durat șase ore. A doua zi după operație, terapeutul l-a vizitat dimineața pe pacient și a rămas surprins să constate că, din 150 de pacienți aflați la secția de terapie intensivă, singurul care era viu și alert și în poziție șezând era pacientul în cauză, Marcus, care și-a exprimat dorința să plece acasă.

Exercițiul recomandat a fost următorul (Fisher, 2001): „Te voi învăța să intri în autohipnoză. În transă îți vei lăsa corpul să se comporte așa cum dorești înainte, în timpul și după operație. Vei utiliza autohipnoza împreună cu medicația obișnuită ca să te pregătești pentru operație.

Pentru a intra în transă așază-te într-o poziție cât mai comodă și urmează pașii pe care ți-i sugerez:

- 1 — Ține capul drept și rotește globii oculari ca și cum ai dori să privești punctul dintre sprâncene;

- 2 — pe măsură ce continui să privești în sus lasă ochii să se închidă și inspiră adânc, Ține-ți respirația numărând până la 3 (1, 2, 3);

- 3 — rămânând cu ochii închiși, expiră lent și relaxează ochii, brațele, picioarele... tot corpul... lasă corpul tău să plutească ușor...

Imaginează-ți apoi că te relaxezi întins pe un nor pufos și moale, unde te simți în deplină siguranță, sau pe o saltea de puf... îți lași corpul să plutească liniștit... în deplină siguranță... într-o poziție comodă... relaxantă. Pe măsură ce te relaxezi... imaginează-ți că plutești... aș dori să te gândești la următoarele lucruri: ai venit la spital pentru ca tu împreună cu chirurgul tău să lucrați împreună spre a vindeca boala de care suferi. În timp ce te afli în spital, vei contribui la însănătoșirea ta înainte, în timpul și după intervenția chirurgicală. Pentru aceasta, îi vei permite corpului tău să știe ce are de făcut în timpul tratamentului. Vei face un exercițiu compus din două etape pentru a te ajuta pe tine însuși. În prima etapă, te vei concentra asupra modului în care va trebui să se comporte corpul tău în timpul operației.

Imaginează-ți corpul insensibil, relaxat, moale, destins... Știi că ești supravegheat îndeaproape de medici competenți... așa că poți să te relaxezi în deplină siguranță. O parte din tine va rămâne activă și vigilentă în timpul operației... acesta este sistemul de protecție al organismului tău. Acest sistem va menține rana uscată, curată, fără infecții... va conduce la reducerea sângerării, a disconfortului și va accelera vindecarea. Lăsându-ți corpul să se relaxeze în timpul operației, cu sistemul de apărare activ... concentrat asupra protecției și procesului de vindecare, vei colabora cu medicii pentru a vindeca boala de care suferi.

A doua etapă va presupune concentrarea asupra modului în care va trebui să reacționeze corpul tău, după operație, în perioadele de refacere și convalescență. Înainte de operație, cele două etape ale exercițiului trebuie să fie parcurse împreună și vom exersa până când crezi că le poți realiza foarte bine. După încheierea operației, te vei concentra doar asupra celei de-a doua etape, referitoare la refacere. Atunci când ieși din anestezie, știind că operația s-a terminat, intri din nou în transă și te focalizezi în direcția activării sistemelor defensive, pentru a obține starea de sănătate.

Îți imaginezi că rana este uscată, curată, fără infecții. Redu sângerarea și disconfortul. Concentrează-te asupra reluării funcționării

normale a organismului... stabilizează tensiunea arterială... Imaginează-ți că îți este foame... că îți este sete... că dorești să mergi la baie. Imaginează-ți că te reîntorci la stilul de viață pe care ți-l dorești... pe măsură ce trupul tău se vindecă. Înainte, te-ai concentrat asupra modului în care se va comporta trupul tău în timp ce te afli în spital. Acum te rog să te gândești cum se vor desfășura lucrurile după ce te vei vindeca... fără durere... fără teamă... Doresc să îți imaginezi că faci lucrurile pe care poți să le faci, pe care dorești să le faci... Din acest motiv te-ai operat... pentru a repara acea parte a corpului tău care îți crea probleme... care te împiedica să faci lucrurile pe care doreai să le faci... astfel încât poți să realizezi acele lucruri pe care dorești să le realizezi... fără teamă... fără îngrijorare. Gândește-te câteva minute la ce ți-am spus și apoi te voi învăța să ieși din transă, lăsând toate aceste mesaje să rămână în corpul tău".

(Pacientul este lăsat singur timp de câteva minute.)

„Înainte de a-ți arăta cum să închei transa, vom repeta câte ceva din cele învățate. Prima etapă se referă la modul în care corpul tău se va comporta în timpul operației, iar a doua la modul în care acesta se va comporta după operație; înainte de intervenția chirurgicală, parcurgi ambele etape, iar după aceasta, doar etapa a doua. În prima etapă te gândești la modul în care trebuie să se comporte trupul tău în timpul operației. El trebuie să fie relaxat și insensibil... inert... cu excepția sistemului de apărare. Acest sistem este treaz, pentru a menține rana uscată, curată, liberă de infecții și pentru a reduce sângerarea și disconfortul. Deși anestezistul îți va administra acea cantitate de anestezic de care are nevoie corpul tău, vei facilita această acțiune, ghidându-ți corpul pentru a se comporta corespunzător... lasă-ți corpul să se relaxeze în timpul operației, astfel încât tu împreună cu chirurgul tău să lucrați pentru a vindeca boala.

Etapa a doua se referă la refacere. Sistemul tău imunitar este treaz, pentru a menține rana curată, uscată, liberă de infecții... pentru a reduce sângerarea și disconfortul... pentru a accelera vindecarea. Imaginează-ți că îți reiei toate funcțiile normale... tensiunea se stabilizează... revine la normal... Simți cum îți revine pofta de mâncare... ți-e sete... simți nevoia să te duci la baie... Simți dorința să te miști. De fiecare dată când ieși din transă, gândește-te la viitor... la motivul pentru care ai făcut operația... Imaginează-ți că faci lucrurile pe care dorești să le faci după ce operația s-a încheiat și tu ți-ai revenit.

Pentru a ieși din transă, utilizează procedeul celor trei trepte, numărând de la 3 la 1:

3 — fii pregătit... fii pregătit să ieși din transă; 2 — cu ochii încă închiși îți imaginezi că revii la ritmul tău personal, la starea normală; 1 — deschide încet ochii, permițând privirii să se focalizeze."

Terapeutul i-a prescris pacientului să realizeze exercițiul o dată la o oră și chiar mai frecvent dacă simte nevoia. Acestuia i s-a spus că uneori starea de relaxare va fi mai profundă, alteori mai superficială, dar că acest lucru nu este important. Esențial este ca exercițiul să fie repetat frecvent. Pacientul a fost externat cu o săptămână înainte de termen, recuperarea realizându-se foarte rapid și eficient.

Hipnoza reprezintă un instrument prin intermediul căruia se realizează o reglare a reacțiilor fiziologice înainte și în timpul intervenției chirurgicale. Cercetările au evidențiat faptul că hipnoza contribuie la reducerea anxietății și a fricii preoperatorii, precum și la diminuarea aflixului de sânge la nivelul plăgii, reduce frecvența cardiacă, tensiunea musculară și durerea și amplifică activitatea sistemului imunitar. Pacienții care utilizează autohipnoza au nevoie de o cantitate mai redusă de anestezice și miorelaxante, substanțe cu efecte secundare toxice.

Studiile realizate de Fisher și Marcia Greenleaf (Fisher, 2002) au evidențiat faptul că pacienții care au fost supuși unor intervenții chirurgicale s-au dovedit capabili să oprească hemoragia dacă li s-a sugerat acest lucru.

De asemenea, în cazul în care sugestiile s-au referit la scurtarea perioadei de convalescență s-a constatat la lotul experimental o reducere a duratei de spitalizare în medie cu 42 de zile.

Koulouch (Fisher, 2002) a aplicat hipnoza pasivă pe 254 de pacienți pe care i-a operat, sugerând analgezia, anestezia și relaxarea musculară. Pacienții au fost instruiți să-și producă voluntar stări de relaxare și insensibilitate. Majoritatea pacienților din cadrul acestui grup au necesitat mai puține tratamente postoperatorii cu substanțe analgezice și au părăsit spitalul mai devreme decât pacienții din cadrul lotului de control.

Trei medici de la Universitatea din California (Los Angeles Medical School) (Fisher, 2002) au raportat un caz reușit în care a fost oprită o hemoragie gastrointestinală superioară severă. Pacienta a fost internată în spital cu extremitățile reci, puls accelerat și sângerare abundentă. Echipa medicală a pus problema utilizării hipnozei pentru reducerea hemoragiei până la aducerea pacientei în sala de operație.

Pacienta era palidă, agitată, cu respirație accelerată, tremor și anxietate accentuată. Ea a acceptat fără rezerve hipnoza.

Hipnoterapeutul i-a sugerat faptul că derulează amintiri agreabile din trecut... că se află la mare, pe plajă... că simte nisipul pe care stă întinsă... briza răcoroasă care îi atinge fața... că ține în mână un pahar rece cu o băutură răcoritoare... aude zgomotul monoton al valurilor... râsetele fericite ale unor copii etc. I s-a sugerat, în continuare, faptul că inconștientul ei controlează respirația și pulsul care se liniștesc, se reduc... devin tot mai liniștite... respirația este tot mai rară... mai liniștită... bătăile inimii tot mai rare, calme... liniștite. Inconștientul controlează activitatea vaselor de sânge... tensiunea arterială... are grijă de modul în care funcționează corpul ei și controlează total sângerarea. Inconștientul va acționa în așa fel, încât să oprească sângerarea din stomac și esofag... S-a constatat faptul că pacienta și-a schimbat culoarea în câteva minute, s-a relaxat, respirația s-a calmat, bătăile inimii s-au redus, iar tensiunea arterială s-a echilibrat. Pacientei i s-a administrat și sugestia posthipnotică că se va putea relaxa atunci când dorește, iar inconștientul ei va avea grijă de trupul ei ori de câte ori va fi nevoie.

Studiile clinice au demonstrat, de asemenea, că aproximativ 10% dintre pacienți pot suporta intervenții chirurgicale utilizându-se hipnoza ca unic anestezie. Cu toate acestea, măsura în care hipnoza poate fi folosită ca unic anestezie în marea chirurgie reprezintă încă un subiect controversat. Dacă utilizarea acesteia în calitate de unic anestezie ar putea fi anxioasă pentru mulți pacienți, în schimb aplicarea ei pentru pregătirea intervenției chirurgicale este acceptată fără rezerve de către aceștia.

Sintetizând literatura de specialitate, Fisher (2002, p. 40) realizează o trecere în revistă a principalelor avantaje ale utilizării hipnozei în chirurgie:

1. Reducerea cantității de anestezice și analgezice.
2. Reducerea (până la stopare) a hemoragiei.
3. Cicatrizare mai rapidă.
4. Revenirea mai rapidă a unor funcții și trebuințe fiziologice: foame, sete, urinare, defecare.
5. Reducerea anxietății și a fricii preoperatorii.
6. Scurtarea duratei de convalescență.

Obiectivul aplicării hipnoterapiei în pregătirea preoperatorie îl constituie programarea în inconștientul pacientului a ideii că medi-

cul chirurg nu-i este dușman, ci aliat. Odată acceptată această sugestie, pacientul va colabora cu medicul său, în loc să lupte împotriva acestuia, corpul rămânând foarte relaxat în timpul intervenției. De asemenea, prin intermediul autohipnozei pacientul poate juca un rol activ în timpul intervenției chirurgicale.

3. Tehnici psihoterapeutice de combatere a durerii

Funcțiile durerii (Bellet, 2002)

1. Semnalizarea pericolului

Durerea îl avertizează pe pacient de faptul că este în pericol. În acest caz, trebuie să se țină seama de semnificația acesteia, tratamentul durerii fiind secundar tratamentului cauzei care o generează. Prezența unei dureri persistente va fi în acest caz inutilă.

2. Semnificația personală pe care o conferă pacientul durerii

Pacientul poate atribui durerii o semnificație personală, în funcție de propriul sistem de valori, cum ar fi, de pildă, valoare purificatoare sau de ispășire a păcatelor.

Înainte de a aplica o tehnică hipnotică, terapeutul va trebui săculeagă informații cu privire la parametrii descriptivi ai durerii:

- intensitate;
- caracteristicile temporale ale durerii: permanentă, intermitentă, număr de crize, durata crizelor etc.;
- circumstanțele în care apare sau se agravează durerea;
- localizare;
- caracteristici obiective ale durerii;
- caracteristici subiective (reprezentările personale ale durerii: lovituri, înțepături, arsuri, șocuri electrice, durere în „cască” etc.);
- modalități personale de reducere a durerii.

Wardle (1988), Melzack și Wall (1965) subliniază faptul că evaluarea cognitivă a durerii reprezintă un proces de maximă importanță în cadrul experienței subiective a durerii, pe această supoziție bazându-se și programele cognitive de reducere a acesteia. Modelul cognitivist pornește de la ideea că durerea este însoțită de gânduri și

imagini distorsionate, care pot influența atât trăirea durerii, cât și comportamentul subiectului. Pearce (1984) prezintă o schemă a abordărilor psihologice ale durerii. Turk și Genest (1979) au realizat o sinteză a principalelor strategii cognitive utilizate în gestionarea aspectelor subiective ale durerii. Hipnoza reprezintă o metodă eficientă, rapidă și lipsită de efecte secundare pentru creșterea pragului de toleranță la durere, mai ales la subiecții cu nivel înalt de hipnotizabilitate.

Strategii cognitive utilizate în gestionarea durerii
(Turk și Genest, 1979, prelucrat de Pearce, 1984)

Strategii	Sarcini trasate pacientului	Exemple
lipsă de atenție imaginativă	imaginarea unor scene incompatibile cu experiența durerii	subiectul își imaginează că stă întins pe plajă
transformare imaginativă	modificarea senzației de durere, astfel încât să fie mai puțin stresantă	durerea este transformată în mâncărime, amorțeală, căldură, senzație de rece
modificarea contextului	subiectul își imaginează că senzațiile respective se produc într-un context ceva mai puțin anxiogen	subiectul își imaginează că face un om de zăpadă, folosindu-se de mâna care îl doare
comutarea atenției a) Internă b) Externă	subiectul se concentrează asupra altor gânduri subiectul se concentrează asupra unui eveniment exterior	numără petele de pe plafon se concentrează asupra unui obiect
somatizare	concentrare asupra senzației într-un mod detășat	scrie un raport cu privire la starea prin care trece

Hipnoza poate să dea rezultate în cazul eșuării altor metode de combatere a durerii și nu prezintă nicio contraindicație. Mai mult,

această metodă poate ajuta subiectul să evite o intervenție chirurgicală care nu este absolut necesară, precum și abuzul de medicamente analgezice. În același timp, hipnoza are costuri relativ scăzute, ea contribuind la creșterea sentimentului de autocontrol și de dominare a disconfortului de către subiect. Hipnoza facilitează și rezolvarea unor probleme emoționale legate de durere cum ar fi, de pildă, sensul psihologic ascuns pe care îl poate avea o durere cronică.

Pragul de toleranță la durere este determinat de factori fiziologici, în timp ce toleranța la durere ține în mare măsură de variabile psihologice și culturale. Hipnoza poate mări pragul de toleranță la durere prin intermediul unor tehnici cum ar fi hipnoanalgezia, hipnoanestezia, substituția de simptom, deplasarea, disocierea, sugestiile directe și indirecte de reducere a durerii, distorsionarea timpului, reinterpretarea experiențelor dureroase, distragerea, intervenția paradoxală, autohipnoza și regresia de vârstă (Rossi, 1980). Toleranța la durere poate fi crescută și prin intermediul tehnicilor hipnotice de reducere a anxietății, prin întărirea Eului, diminuarea expectațiilor legate de durere și sugerarea amneziei referitoare la episoadele dureroase trăite de subiect.

Aceste metode sunt utile mai ales datorită faptului că ele intervin în ciclul durere-tensiune-durere. Aplicarea hipnozei în cazul durerilor acute sau cronice a suferit o serie de fluctuații de-a lungul timpului. În timp ce Esdaile utiliza hipnoza pentru anestezie în cazul intervențiilor chirurgicale, apariția psihanalizei a deschis perspectiva folosirii unor metode hipnoanalitice pentru dezvăluirea unor conflicte ascunse care pot sta la baza durerilor cronice. Încă din anii '70, hipnoza a început să fie tot mai mult utilizată și pentru combaterea durerilor acute cu cauze fiziologice bine cunoscute.

Strategia folosită în cazul durerilor acute implică reducerea anxietății care însoțește durerea și utilizarea unor tehnici sugestive pentru creșterea pragului de toleranță la durere. Subiecții învață și o tehnică de autohipnoză pentru a face față durerii care ar putea apărea în viitor. Deși mult mai complexe, durerile cronice pot beneficia de aportul hipnozei prin intermediul următoarelor strategii (Hart, 1993, p. 94):

1. Descoperirea, prin tehnici hipnoanalitice, a semnificației pe care o are durerea pentru pacient.
2. Furnizarea unor exemple de analgezie, astfel încât subiectul să se convingă de faptul că aceasta constituie o realitate.

3. Învățarea autohipnozei.
4. Utilizarea unor programe de terapie cognitiv-comportamentală.

Tehnici hipnotice de control al durerii (Hart, 1993, p. 95)

Hipnoza poate fi utilizată în reducerea durerii numai după ce a fost efectuat un control medical și s-a stabilit că nu este posibilă mascarea vreunui proces patologic al cărui semnal este durerea (Gibson, 1989). În cazul durerilor acute, cauza acestora este evidentă (de pildă, o procedură medicală dureroasă), în timp ce în cazul durerilor cronice este absolut necesară realizarea unor investigații suplimentare. Hipnoza se va aplica pentru reducerea durerii produse de anumite proceduri medicale atunci când pacientul trebuie să rămână treaz în timpul intervenției, când anesteziacele sunt contraindicate sau atunci când procedurile tradiționale au dat greș. Acest lucru este însă valabil doar pentru subiecții cu hipnotizabilitate ridicată. În cazul celor cu hipnotizabilitate mai redusă, sugestiile hipnotice pot fi utilizate pentru reducerea durerii și mai puțin pentru anularea ei.

Deoarece hipnoza nu reprezintă un panaceu, atât terapeutul, cât și pacientul trebuie să aibă expectații realiste în legătură cu ceea ce se poate obține în urma utilizării tehnicii respective. Hipnoza creează contextul adecvat, în cadrul căruia terapeutul va aplica propriile metode de tratament și, din acest motiv, nu este indicată folosirea hipnozei dincolo de limita competenței sale profesionale.

Prezentăm în cele ce urmează principalele tehnici hipnotice utilizate în combaterea durerii (Hilgard, 1980; Barber, 1986):

1. Sugestiile directe

Aceste sugestii se referă la reducerea durerii și, eventual, la dispariția ei treptată, de regulă nu completă. Frecvent se utilizează metafore prin intermediul cărora subiectul își reprezintă durerea și apoi își imaginează că aceasta își schimbă culoarea, se reduce ca volum, se răcește, se topește etc.

2. Anestezia

Se administrează sugestii care fac ca o zonă a corpului să devină insensibilă și apoi anestezia se transferă în zona dureroasă. Frecvent se

utilizează „anestezia în mână”. Terapeutul va sugera faptul că mâna subiectului devine insensibilă prin intermediul unor formule verbale, însoțite de imagini menite să inducă senzația de rece în zona respectivă. Apoi, pacientului i se cere să pună mâna în zona dureroasă și să permită transferarea anesteziei. Trebuie subliniat faptul că este mai ușor să se sugereze anestezia în zonele neafectate decât în cele dureroase.

Anestezia poate fi realizată și prin intermediul unor sugestii directe („Atunci când îți ating mâna dreaptă, aceasta va amorți, va deveni tot mai insensibilă, amorțită, fără senzații” etc.) sau indirecte („Mă întreabă dacă îți amintești de senzația pe care ai avut-o atunci când ți-am cufundat mâna în zăpadă? Ar fi interesant de știut care dintre mâinile tale, dreapta sau stânga, va amorți mai întâi?” etc.).

3. Deplasarea

Deplasarea implică sugerarea faptului că durerea se mută dintr-o zonă în alta a corpului, și acest lucru o face să fie mai tolerabilă pentru subiect, mai puțin anxioasă și, eventual, i se pot modifica mai ușor caracteristicile (intensitate, durată etc.). Este cunoscut faptul că o durere la nivelul extremităților este mai puțin anxioasă decât o durere în zona abdominală (Karle și Boys, 1987). Rezultate pozitive se obțin și dacă sugestiile de deplasare a durerii se bazează pe utilizarea umorului. De pildă, durerea poate fi deplasată la nivelul unui deget sau în lobul urechii.

Barber (1986) prezintă un model de sugestii permissive pentru deplasarea durerii.

„Poate că ai observat deja că durerea ta începe să se miște, la început ușor, luând o traiectorie în spirală. Pe măsură ce te concentrezi asupra acestei mișcări, observi că durerea ta s-a deplasat, a ieșit din zona abdominală și s-a instalat în mâna ta stângă.”

4. Disocierea

Se administrează sugestii de separare totală a subiectului de durerea sa. Această tehnică este utilă mai ales pentru pacienții imobilizați sau pentru cei care suferă de dureri severe și multiple. Pacientului i se sugerează că se deplasează într-un alt loc, că își părăsește corpul, lăsând în urmă suferința și că se îndeletnicește cu ceva agreabil.

Sugestiile de disociere pot îmbrăca următoarea formă:

„În timp ce o parte din tine stă în acest fotoliu, cealaltă parte a persoanei tale părăsește corpul și pleacă într-o călătorie plăcută. Te rela-

xezi tot mai mult, în timp ce acea parte din tine a pornit în călătorie... Descrie-mi acum ce vezi în jurul tău. Mai târziu, în timpul zilei, când vei dori să te simți mai bine, vei închide ochii și îți vei imagina că pleci în călătoria ta plăcută de nuntă, în locul acela minunat despre care mi-ai povestit”.

5. Substituția

Constă în transformarea unei senzații dureroase într-o senzație mai acceptabilă și mai puțin anxiogenă. Durerea poate fi transformată în mâncărime, presiune, căldură etc. Se obțin rezultate mai bune dacă senzația nouă cu care a fost substituită durerea nu este total agreabilă, ceea ce nu ar fi plauzibil pentru pacient. De îndată ce s-a obținut substituția, subiectul s-a convins că schimbarea este posibilă și în ceea ce privește celelalte aspecte legate de durere.

Barber (1986) subliniază faptul că mai ales bolnavii de cancer au nevoie să trăiască anumite senzații reziduale pentru a se asigura că ei împreună cu echipa medicală vor sesiza orice modificare și vor acționa la timp.

Hart (1993, p. 97) a obținut în mod spontan o substituție de simptom pornind de la sugestia anesteziei degetului la o pacientă de 36 de ani care suferea de dureri severe, de etiologie organică, în zona gâtului.

Instructajul administrat a fost următorul:

„În timp ce plasezi cele două degete anesteziate la ceafă, vei observa cum senzația de amorțeală înlocuiește disconfortul pe care îl simți în acea zonă. Atunci când amorțeala din degetele tale s-a mutat în zona gâtului și a înlocuit durerea, vei constata că degetele tale revin la normal, iar gâtul tău este insensibil și se simte confortabil”.

La următoarea ședință, pacienta a relatat faptul că a avut senzația ciudată că degetele apasă ceafa, dar că durerea a dispărut. Terapeutul i-a explicat că mentalul ei inconștient a utilizat în folosul său sursele primite, chiar dacă nu au fost administrate în mod explicit sugestii care să înlocuiască durerea cu presiunea.

6. Metaforele terapeutice

Rezultate foarte bune în combaterea durerii se obțin prin utilizarea unor metafore cu conținut neurofiziologic. Astfel, se pot administra subiectului aflat în hipnoză sugestii care să-l determine să-și imagineze un centru de control al durerii situat la nivelul creierului sau

în zona dureroasă. Centrul respectiv este prevăzut cu un comutator care poate bloca impulsurile nervoase ce transmit mesajul de durere. Pacientul trebuie să-și imagineze că oprește comutatorul respectiv și durerea dispare, pentru că mesajele senzoriale ale acesteia sunt blocate.

Hilgard (1980) subliniază faptul că această tehnică este utilă atât la adulți, cât și la copii.

7. Distorsionarea timpului

Tehnica se bazează pe percepția subiectivă a timpului în cadrul căreia unele evenimente sunt percepute ca având o durată mai lungă, altele una mai scurtă. După ce pacientul a fost hipnotizat, terapeutul va sugera că atunci când va apărea durerea, timpul se va scurge mai repede, în vreme ce intervalele dintre episoadele dureroase vor fi tot mai lungi.

8. Autohipnoza

După ce a parcurs mai multe ședințe de heterohipnoză, terapeutul îl va învăța pe pacient autohipnoza, pentru a avea la dispoziție o metodă personală de autoreglare, în cazul în care va apărea senzația de durere. Barber (1966) stabilește patru criterii care trebuie avute în vedere în alegerea hipnozei ca metodă de tratament al durerii:

1. Hipnoterapia nu-i va face rău clientului. Anumiți pacienți non-complianți la tratamentul medicamentos sau cu tulburări psihopatologice de personalitate pot utiliza hipnoza pentru a ignora semnalele pe care le furnizează durerea, lăsând maladia să progreseze.
2. Clientul nu poate tolera un anumit nivel de intimitate psihologică pe care îl presupune hipnoza.
3. În cazul în care reducerea durerii va conduce la pierderi (pierderea unor avantaje materiale, a stabilității familiale sau altele), hipnoza va fi contraindicată.
4. Hipnoza nu va fi utilizată în cazul pacienților care refuză să continue tratamentul prin intermediul autohipnozei.

Înainte de începerea tratamentului, psihoterapeutul trebuie să se informeze în detaliu cu privire la natura și tipul de durere pe care îl simte clientul său. Aceste informații vor fi utilizate în calitate de material brut pentru procesarea hipnoterapeutică.

Aplicații clinice

• Hipnoza în cancer

Hipnoterapia a fost utilizată pentru a combate atât procesul patologic ca atare, cât și efectele secundare negative ale chimioterapiei (Gravitz, 1982, Walker, 1988). Simonton ș.a. (1986) descriu o tehnică terapeutică ce implică formarea unor atitudini pozitive față de boală, relaxare, imaginație dirijată, stabilirea unor scopuri, managementul durerii, exerciții fizice și stabilirea unui sistem de suport emoțional pentru pacienții cu cancer. Această abordare, care presupune și aplicarea hipnozei, pornește de la constatarea că reacția emoțională negativă la stres joacă un rol important în slăbirea sistemului imunitar, fapt ce poate sta la baza apariției anumitor forme de cancer.

Deosebit de utile sunt tehnicile de vizualizare (imaginație dirijată), în cadrul cărora pacientului aflat în stare de hipnoză i se cere să acționeze mental pentru a modifica, în sens pozitiv, anumite procese fiziopatologice. De asemenea, li se sugerează pacienților reducerea durerii (nu dispariția ei totală, deoarece aceasta are valoare de semnal pentru ceea ce se petrece în organism), precum și o stare de bine psihofiziologic. Newton (1982) a constatat faptul că unii pacienți care practică hipnoza au reușit să-și modifice semnificativ în sens pozitiv evoluția bolii.

Kraft (1990) se referă la utilizarea hipnozei și în cazul pacienților cu cancer terminal, pentru alinarea suferințelor fizice și emoționale ale acestora. Autohipnoza se folosește și ea în cazul pacienților canceroși, deoarece aceasta îi ajută să-și recapete autocontrolul și să se elibereze de sentimentul de neajutorare care îi stăpânește. Referindu-se tot la pacienții cu cancer terminal, Kraft (1990) subliniază faptul că disocierea reprezintă o tehnică foarte utilă pentru obținerea analgeziei, dar că în cazul acestor pacienți demersul terapeutic trebuie orientat și spre exprimarea unor sentimente complexe ce țin de anumite lucruri neterminate, legate de copilărie, viața profesională și familia actuală.

• Durerile de cap

Sugestiile hipnotice de relaxare și care vizează modificări senzoriale se utilizează în terapia durerilor de cap de tip tensional, precum și în cazul migrenei. Alladin (1988) susține că în tratamentul migre-

nelor sugestiile de încălzire a mâinilor sunt tot atât de eficiente ca sugestiile de relaxare.

Parker (cit. Heap și Dryden, 1993, p. 98) descrie opt trepte ale terapiei migrenelor și cefaleei tensionale pe o scală gradată de la 0 la 10.

Protocolul de terapie este următorul:

Ședința 1

Discutarea cu pacientul despre hipnoză, explicarea miturilor legate de aceasta, precum și a modului în care ea poate fi utilizată.

Ședința 2

Clarificarea tuturor întrebărilor și îngrijorărilor care au putut să apară în urma discuțiilor din prima ședință. Aplicarea scalei clinice de hipnotizabilitate Stanford pentru adulți, în vederea testării nivelului de hipnotizabilitate.

Ședințele 3-6

Se pot realiza mai multe ședințe de hipnoză dacă este cazul. Hipnoza este utilizată pentru controlul durerii. Pacientul începe să învețe autohipnoza începând cu ședința a patra.

Programul de terapie este următorul:

1. Inducție hipnotică prin numărare de la 1 la 10.
2. Relaxare cu sugestii de bunăstare fizică și psihică.
3. Adâncirea transei, prin intermediul unor tehnici diverse: numărare și concentrare asupra respirației, imaginarea faptului că subiectul coboară niște scări etc.
4. Aplicarea unor tehnici de management al durerii: disociere, analgezie, blocarea unor impulsuri senzoriale etc.
5. Întărirea Eului (după Hartland, 1971).
6. Învățarea autohipnozei.
7. Administrarea unor sugestii posthipnotice.
8. Dehipnotizarea.

• Hipnoterapia în arsuri

Wallace (1982) subliniază faptul că după șocul inițial produs de accident durerile pacienților cu arsuri sunt provocate atât de leziunile pielii și ale terminațiilor nervoase, cât și de procedurile medicale traumatizante. Autorul a aplicat hipnoza la această categorie de pacienți în vederea comutării atenției de la senzațiile dureroase, precum și

pentru construirea unor strategii de supraviețuire și de a face față disconfortului. În cadrul terapiei propuse de acest autor, autohipnoza ocupă un loc deosebit de important.

• *Hipnoterapia în traumatisme ale coloanei vertebrale*

Alden (cit. Heap și Dryden, 1993, p. 100) a utilizat hipnoza pentru durerile acute și cronice apărute în urma unor traumatisme ale coloanei vertebrale. Autoarea își consideră abordarea terapeutică fiind centrată pe client, accentul căzând pe descrierea problemei de către fiecare pacient în parte, precum și pe structura personalității, sistemul de credințe și comportamentul acestora. Hipnoza a fost utilizată pentru managementul durerilor acute produse de anumite proceduri medicale, precum și pentru reducerea durerilor postoperatorii.

Spre exemplificare, prezentăm un caz descris de autoare. Un bărbat de 50 de ani, cu un traumatism al coloanei vertebrale C6/C7, prezenta dificultăți în realizarea exercițiilor de fizioterapie. Ca urmare a traumatismului, bicepsii săi funcționau relativ bine, în schimb tricepsii erau blocați. Drept rezultat, brațul său rămânea permanent într-o poziție flectată. În ciuda eforturilor depuse de către fizioterapeut, pacientul a dezvoltat contracturi la nivelul umărului, considerând toate încercările de a-i îndrepta brațul imposibil de tolerat. Pacientul refuza, de asemenea, utilizarea unor atele menite să-i îndrepte brațul în timpul nopții. Evaluarea psihologică a indicat faptul că pacientul era puternic motivat pentru rezolvarea problemei sale și, în același timp, avea mare încredere în utilizarea terapeutică a hipnozei. Pacientul a fost hipnotizat și a afirmat faptul că a trăit o experiență agreabilă. Hipnoterapeutul i-a sugerat în stare de hipnoză că dispune de un buton în zona pieptului, buton cu ajutorul căruia poate bloca toate senzațiile dureroase.

În final, pacientul respectiv a fost capabil să suporte intervențiile fizioterapeutice. Pacientul a fost inițiat și în tehnica autohipnozei, care l-a ajutat să se simtă mai relaxat și să tolereze intervențiile medicale. În finalul terapiei, pacientul a reușit să-și îndrepte brațul.

• *Hipnoterapia în cazul procedurilor medicale dureroase și în chirurgie*

Hipnoza poate fi utilizată cu succes și pentru atenuarea durerii specifice unor proceduri medicale dureroase, incluzând și intervențiile chirurgicale.

Waxman (1989) realizează o trecere în revistă a avantajelor și dezavantajelor utilizării hipnozei în chirurgie. Printre avantajele autorul menționează reducerea anxietății preoperatorii, absența unor efecte secundare produse de utilizarea anesteziei, reducerea șocului operator, controlul durerilor postoperatorii, al disconfortului și senzației de greață, precum și faptul că hipnoza nu interferează cu reflexul de tuse. Dezavantajele hipnozei constau, mai ales, în faptul că hipnoza necesită prea mult timp și reprezintă o metodă terapeutică dificil de aplicat în anumite cazuri.

De asemenea, pentru marea chirurgie este necesar să se obțină un nivel de transă profundă, majoritatea subiecților nefiind capabili să atingă un nivel suficient de profunzime a hipnozei. Mai mult, pentru a realiza un nivel satisfăcător de anestezie, este necesar un antrenament prealabil al subiectului. Cu toate acestea, Waxman (1989) consideră că utilizarea hipnozei este utilă pentru depășirea anxietății preoperatorii, precum și în mica chirurgie.

• *Hipnoterapia în obstetrică*

Toate metodele nonfarmacologice utilizate în timpul gravidității și al nașterii au drept obiectiv reducerea anxietății, durerii și disconfortului. Pe baza a numeroase studii clinice, Waxman (1989) a întocmit o listă a avantajelor utilizării hipnozei în obstetrică:

1. Realizează o relaxare fizică și psihică.
2. Nu produce o blocare a respirației sau circulației sangvine între mamă și făt.
3. Scurtează prima etapă a travaliului.
4. Crește rezistența la șocul obstetrical.
5. Nu interferează cu mecanismele normale ale travaliului.
6. În fazele inițiale și intermediare, reduce durerea prin scăderea anxietății și a supraîncordării.
7. În etapele mai avansate, produce analgezie și anestezie parțială sau totală, prin intermediul sugestiilor directe.
8. Amplifică controlul asupra ritmului expulzării capului și umerilor copilului.
9. Asigură o refacere postoperatorie ușoară și lipsită de evenimente.
10. Stimulează lactația și facilitează, prin intermediul sugestiilor directe, alimentarea copilului la sân.

• *Hipnoterapia și nașterea fără dureri*

Hunter (1988) recomandă pacientei următorul instructaj:

„De multe săptămâni vă pregătiți pentru nașterea copilului dumneavoastră. Acum a sosit momentul ca el să vină pe lume. Probabil, procesul de dilatare a început, iar contracțiile devin mai frecvente și durează mai mult. Este o perioadă când trebuie să vă bucurați și din această bucurie veți extrage energia necesară pentru procesul nașterii. A avea un copil este o experiență minunată. Pentru a-l aduce pe lume, e nevoie de un mare consum de energie.

Vă amintiți din cursul ședințelor trecute de hipnoză că procesul nașterii are loc în trei faze: în prima fază se produce dilatarea zonei cervicale. Când înțelegeți modul în care se produc contracțiile, veți fi capabilă să vă adaptați mai bine organismul acestui proces. Amintiți-vă faptul că organismul dumneavoastră știe exact ce are de făcut în cursul acestui proces fascinant de aducere pe lume a unei ființe; stă în puterea dumneavoastră ca acest proces să se desfășoare mai eficient, dacă vă veți detașa de fiecare dată când se produce o contracție, astfel încât organismul să-și facă singur treaba (combaterea durerii prin mecanisme disociative).

Începutul fiecărei contracții trebuie să devină pentru dumneavoastră semnalul de declanșare a procesului de detașare. Corpul și inconștientul dumneavoastră vor recunoaște acest semnal înainte de conștientizarea lui. Pentru a fixa acest mecanism, voi pune mâna pe abdomenul dumneavoastră, spre a simboliza producerea contracției. Când simțiți că fac acest lucru detașați-vă, imaginați-vă că mergeți tot mai departe. Atunci când mâna mea se ridică, reveniți în corpul dumneavoastră. Puteți să intrați în hipnoză odată cu fiecare contracție și să reveniți din hipnoză în perioada dintre contracții sau puteți decide să rămâneți permanent în stare de hipnoză și s-o adânciți cu fiecare contracție.

Utilizați începutul fiecărei contracții ca semnal pentru a intra în hipnoză sau pentru a adânci hipnoza și pentru a vă distanța de ceea ce se petrece, lăsând corpul să-și facă datoria. Este ca și cum v-ați privi din afară, fiind foarte interesată de ceea ce se petrece în corpul dumneavoastră: zona cervicală se deschide tot mai mult, contracțiile devenind tot mai puternice. Uterul prezintă o musculatură foarte puternică și corpul dumneavoastră are nevoie de această forță. Uterul lucrează din greu în procesul nașterii. Lăsați această energie să vă aju-

te să avansați în procesul nașterii și reacționați din ce în ce mai eficient.

La toate femeile care se află la prima naștere, zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Desigur, fiecare organism reacționează altfel, fiecare făt este diferit și fiecare travaliu este destinat să fie potrivit unor împrejurări specifice, dar, în general, la primipare zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Ea va fi complet deschisă când se va ajunge la 10 cm. Acum, uterul va acționa pentru a împinge fătul să iasă la lumină. Acum aveți nevoie de o energie suplimentară, energie ce izvorăște din bucuria dumneavoastră de a da naștere unei ființe omenești. Corpul dumneavoastră își îndeplinește misiunea din ce în ce mai bine atunci când sunteți detașată și vă situați undeva în afara corpului.

Concentrați-vă atenția și plasați-vă în afara corpului la fiecare contracție până când v-ați dilatat complet. Medicul sau asistenta medicală vă va spune când v-ați dilatat la maximum. Vă aflați acum în stadiul al doilea. Acum, fiecare contracție are drept scop să împingă copilul pe canal până când va fi expulzat. Acum veți avea o altă misiune. Acum, de fiecare dată când simțiți că începe o contracție, intrați în propriul corp și participați la procesul de împingere. Recurgeți la toată forța și energia de care dispuneți pentru a ajuta contracția, bucurați-vă că sunteți o parte a acestei forțe care împinge fătul la lumină. Intrați în corp și fiți o parte a forței de împingere. Apoi, după încheierea fiecărei contracții, relaxați-vă. Accumulați forță și energie în timp ce vă pregătiți pentru o nouă contracție. Aveți toată forța și energia necesare. În perioada dintre contracții, odihniți-vă și refaceți-vă forțele și atunci când se declanșează semnalul (începe contracția), re-intrați în corp și adăugați forță și energie noii contracții.

Acum, copilul a coborât tot mai mult și este gata să se nască. Ascultați cu atenție ce vă spune medicul sau sora medicală, dar ascultați, în același timp, glasul conștientului și inconștientului dumneavoastră. Toate aceste informații vă vor fi utile în finalizarea travaliului. Iată, iese capul copilului. Nu mai împingeți acum; lăsați capul copilului să iasă încet la lumină. Faceți apel la tehnica respiratorie. Inspirați lent și calm spre sfârșitul contracției.

Poate priviți într-o oglindă și, dacă lucrurile stau așa, puteți vedea capul copilului. Asistenta medicală șterge fața copilului. Acum realizați o nouă contracție în care depuneți toată energia, pentru ca umerii și trupul copilului să iasă la lumină. Iată, copilul dumneavoastră

s-a născut. Luați în brațe copilul, atingeți-l, priviți-l, simțiți-l, auziți-l. Recurgeți la toate simțurile pentru a face cunoștință cu copilul dumneavoastră care a sosit pe lume. Și copilul va face cunoștință cu dumneavoastră pentru că și el poate simți, auzi, atinge, mirosi și poate chiar distinge lumini și umbre. Copilul simte răcoarea camerei, luminile, sunetele, dar mai mult decât orice, vocea dumneavoastră, atingerea dumneavoastră.

În câteva minute, medicul sau asistenta vă va cere să împingeți din nou, să realizați o nouă contracție, pentru că a sosit timpul celei de-a treia faze. Acum va ieși placenta. Sunteți atât de bucuroasă de nașterea copilului dumneavoastră, încât abia vă mai dați seama de ceea ce se întâmplă, dar împingeți ușor și simțiți cum placenta iese fără efort din corp. Medicul suturează (coase) părțile rupte ale vaginului dumneavoastră. Știți că totul se va vindeca foarte repede pentru că sunteți sănătoasă. Uterul se va contracta și va reveni la dimensiunile sale normale. Sâni dumneavoastră sunt capabili să producă lapte chiar în primele momente după naștere. Lăsați copilul la sân, pentru că alimentația naturală este foarte utilă și oferă copilului mecanisme de apărare împotriva unor posibile îmbolnăviri. Totul s-a petrecut așa cum a trebuit să se petreacă atât pentru dumneavoastră, cât și pentru mica ființă care tocmai a venit pe lume!”

XIII

Hipnoterapia și anxietatea

1. Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor posttraumatice de stres

Spiegel (1993) menționează faptul că hipnoza a fost utilizată în terapia persoanelor traumatizate încă în urmă cu 150 de ani. Primele încercări de aplicare a hipnozei în astfel de situații au avut drept obiectiv anestezia pentru intervențiile chirurgicale traumatizante încă înainte de descoperirea anesteziei. Mai târziu, Freud a utilizat, la începutul carierei sale, hipnoza în tratamentul reacțiilor isterice datorate psihotraumelor din copilărie. În timpul celui de-al Doilea Război Mondial, hipnoza a fost folosită cu succes în tratamentul „nevrozelor de război”.

În ultimii ani, tulburarea posttraumatică de stres a fost acceptată ca diagnostic psihiatric și, din acest moment, a crescut interesul specialiștilor pentru hipnoză ca modalitate eficientă de terapie a acesteia. Trauma implică producerea unei discontinuități bruște în experiența fizică a subiectului, fapt ce determină, la rândul său, o discontinuitate în experiențele psihologice (Spiegel, 1993). În astfel de situații se produc experiențe cu caracter disociativ care, cel puțin pentru moment, au un caracter adaptativ, deoarece eliberează subiectul de durere.

Același autor citează cazul unui tânăr grav accidentat de către un motociclist beat și aflat în pericol să-și piardă ambele picioare. În

vreme ce tânărul zăcea pe carosabil, prietenii îl implorau să facă un efort pentru a putea fi deplasat de pe șosea; între timp, acesta își amintea de o excursie la pescuit făcută împreună cu tatăl său și nu simțea nicio durere.

Aceste mecanisme disociative protejează persoana de durere și de spaima care ar putea s-o copleșească. În același timp, disocierea îl ajută pe individ să se distanțeze de amintirile traumatizante care rămân pentru mult timp în afara conștiinței. Este cunoscut faptul că mulți sportivi de înaltă performanță, accidentați sever în timpul unui meci sau al unei competiții, își dau seama de acest lucru abia după terminarea întrecerii.

Spiegel (1993) este de părere că trauma poate fi înțeleasă sub aspect psihologic ca fiind transformarea persoanei în cauză într-un fel de obiect, total lipsit de autocontrol, sentimentul de neajutorare reprezentând experiența negativă de bază, contra căreia luptă victimele traumatizate. Mecanismele de apărare care presupun separarea subiectului de corpul său îi creează acestuia senzația că se distanțează de neajutorarea fizică și că păstrează un control psihologic. În mod paradoxal, la subiecții care suferă de tulburare posttraumatică de stres, controlul psihic se pierde în momentul în care este recâștigat controlul asupra corpului fizic, pacienții simțindu-se victimizați de amintirile intruzive ale evenimentului traumatic. Aceste amintiri, atunci când revin în conștiință, sunt atât de puternice, încât subiectul are impresia că trauma se produce în prezent. Amnezia reprezintă, în acest caz, semnalul că experiența este prea îngrozitoare pentru a putea fi adusă în planul conștiinței.

Hipnoza, care constituie o experiență disociativă indusă în mod artificial, s-a dovedit eficientă în terapia tulburărilor posttraumatice de stres. Există, așadar, o serie de analogii între simptomele sindromului de stres posttraumatic și particularitățile fenomenului hipnotic, cum ar fi:

- disocierea între corp și psihic și între eveniment și starea afectivă care îl însoțește;
- fenomenul de focalizare a atenției asupra unui element, urmată de scăderea receptivității față de alți stimuli din mediul înconjurător;
- accentuarea sugestibilității, fapt ce îi determină pe subiecți să devină mai puțin critici și mai receptivi la influențele exercitate din exterior.

Principiul care stă la baza utilizării hipnozei în terapia pacienților traumatizați constă în inducerea unui acces controlat la amintirile traumatice, precum și în ajutarea pacienților să-și controleze emoțiile și reacțiile fiziologice puternice care însoțesc evocarea amintirilor respective. Focalizarea atenției în timpul hipnozei poate fi aplicată pentru a-i ajuta pe pacienți să depășească reacțiile de doliu și să-și revizuiască amintirile dintr-o nouă perspectivă, în urma restructurării cognitive. Psihoterapia în cazul sindromului posttraumatic poate fi înțeleasă ca reprezentând un fel de adaptare a demersului psihanalitic tradițional pus la punct de către Freud (1914) și care implică reamintire, retrăire și procesare terapeutică pentru a depăși impasul psihologic. Astfel, este necesar să fie readuse în memorie amintirile legate de experiențele traumatice. Apoi, acestea trebuie retrăite în plan mental cu toată încărcătura lor emoțională și rearanjate ulterior într-o altă perspectivă care să le facă să pară mai puțin copleșitoare și să producă mai puține tulburări psihopatologice.

Pacienții cu amintiri traumatice se simt degradați și umiliți, trăind cu impresia că Eul lor și-a pierdut integritatea; aceștia duc o existență artificială, în cadrul căreia se mint pe ei înșiși că trauma nu a avut loc. Obiectivul terapiei este redefinirea Eului care trebuie să accepte și să recunoască realitatea traumei, pe care însă trebuie s-o privească dintr-o altă perspectivă, care nu-i afectează personalitatea în ansamblul ei.

Spiegel (1993) este de părere că cea mai bună metodă de a introduce hipnoza în cadrul terapiei constă în aplicarea unei scale standardizate de hipnotizabilitate, cum ar fi, de pildă, scala de hipnotizabilitate clinică Stanford (E.R. Hilgard și Hilgard, 1975) sau profilul de inducție hipnotică (H. Spiegel și Spiegel, 1987).

Aplicarea acestor probe prezintă următoarele *avantaje*:

1. Terapeutul obține informații asupra gradului de hipnotizabilitate al subiectului.

În felul acesta, pacientul poate căpăta o dovadă palpabilă a abilităților sale în domeniul hipnozei, și acest lucru reprezintă un bun început al hipnoterapiei. Terapeutul va afla, în același timp, și dacă hipnoza nu poate fi aplicată. Cercetările de laborator au demonstrat faptul că majoritatea persoanelor care suferă de tulburare posttraumatică de stres au un grad înalt de hipnotizabilitate.

2. Atmosfera specifică testării contribuie la formarea și consolidarea alianței terapeutice, pentru că în felul acesta terapeutul nu mai este persoana autoritară care hipnotizează subiectul, iar

acesta din urmă nu mai trebuie să opună rezistență, ci este interesat doar de rezultatul testului și nu de gradul de eficiență al inducerii hipnozei. Transa hipnotică este utilizată pentru a produce subiecților o stare de confort fizic și psihic. Din acest motiv este necesar ca aceștia să fie inițiați încă de la început în autohipnoză, pe care urmează s-o practice și singuri.

Instructajul administrat este următorul:

„Orice hipnoză este, de fapt, o autohipnoză. Acum, după ce am demonstrat că aveți o bună capacitate de a intra în hipnoză, vă voi învăța s-o utilizați pentru a lucra asupra problemelor dumneavoastră. Există multe moduri de a intra în autohipnoză. Cel mai simplu este următorul:

Numărați până la trei. Când pronunțați în gând cifra 1, faceți un singur lucru — priviți în sus. Când pronunțați cifra 2, faceți două lucruri: închideți încet ochii și inspirați adânc. La cifra 3 veți face trei lucruri: expirați liniștit, relaxați ochii, păstrându-i închiși și imaginați-vă că plutiți. Apoi lăsați unul dintre brațe să plutească în aer, ca și cum ar fi purtat de un balon. Acesta va fi semnalul pentru dumneavoastră și pentru mine că sunteți gata să vă concentrați (H. Spiegel și Spiegel, 1987, p. 76).

Odată aflat în stare de autohipnoză, subiectul va fi învățat să-și producă o senzație de plutire, de zbor, imaginându-și că se află undeva într-un loc plăcut (într-o barcă pe un lac, pe plajă, plutind pe un nor de puf etc.). În felul acesta se obține senzația de autocontrol asupra corpului, autocontrol foarte util atunci când sunt readuse în planul conștiinței amintirile traumei suferite. În continuare, se sugerează faptul că subiectul își menține acest autocontrol, indiferent de imaginile sau gândurile care îi vin în minte.

Spiegel (1993) afirmă că există două modalități de accesare a amintirilor psihotraumatizante.

Prima metodă implică regresia de vârstă. Subiectului i se cere să se întoarcă în timp și să re trăiască anumite perioade ale vieții sale ca și cum s-ar petrece în prezent. Acestuia i se spune că atunci când i se va administra un semnal (de pildă o atingere a frunții) ochii i se vor deschide și el va re trăi evenimentul ca și cum ar fi real. La un alt semnal, ochii i se vor închide din nou și el va fi reorientat înapoi în prezent. Cealaltă metodă constă în a sugera subiecților că privesc scena traumatică pe un ecran de film sau televizor și că asistă în calitate de spectatori la derularea acesteia.

Este indicat ca pacientul să exerseze tehnica evocând la început amintiri cu caracter mai neutru, pentru a obține un bun autocontrol asupra procedurii aplicat și abia după aceea să se treacă la lucrul asupra amintirilor psihotraumatizante. Pe baza informațiilor obținute în cursul interviului clinic, terapeutul va alege o anumită secvență a episodului traumatic și îi va cere subiectului aflat în hipnoză să-l re trăiască. Se recomandă repetarea mentală a situației traumatice în moduri diferite, modificând ceva din cele ce s-au petrecut atunci (de pildă, pacientul se vede pe sine luptând cu agresorul, rămânând liniștit ca să nu-l provoace și mai mult etc.).

Autorul recomandă și vizualizarea unui ecran dublu, care reproduce în partea dreaptă scena traumatică, iar în stânga subiectul se vede pe sine făcând eforturi de a se proteja psihic de ceea ce se întâmplă. Acest mod de abordare îl ajută să vadă lucrurile dintr-o altă perspectivă, conștientizând atât eforturile depuse pentru autoprotecție, cât și neajutorarea sa în perioada respectivă. Acesta contribuie la diminuarea sentimentului de culpabilitate în legătură cu faptul că ar fi trebuit să fie capabil să controleze situația, sentiment pe care-l nutresc majoritatea victimelor ce au suferit traume.

La încheierea ședinței de hipnoză, terapeutul va administra următoarea sugestie: «Îți vei aminti atât cât dorești să-ți amintești din cele petrecute în timpul hipnozei». Această sugestie are menirea de a nu provoca activarea mecanismelor de apărare ale pacientului, care ar putea dori să uite cele întâmplate.

După ieșirea din hipnoză, se va discuta cu pacientul pe marginea amintirilor re trăite, terapeutul căutând să întărească noile semnificații pe care le-a desprins pacientul în urma procesării terapeutice. Pacienții care se bucură de o bună stare de sănătate psihică (nu sunt suicidari sau psihotici) și care dispun de resurse suportive din exterior pot fi instruiți să continue evocarea amintirilor psihotraumatizante și independent, în timpul autohipnozei”.

1.1 Strategiile hipnoterapiei la pacienții care suferă de sindrom de stres posttraumatic (Spiegel, 1993, p. 500) (cei 8 „C” ai hipnoterapiei) sunt următoarii:

1. Confruntarea cu evenimentul traumatic

Are drept obiectiv ajutorarea pacienților să realizeze legătura dintre simptomatologia curentă și experiența traumatică din trecut.

2. Condensarea evenimentului traumatic

Nu este nici necesar, nici util să se lucreze asupra tuturor detaliilor specifice evenimentului traumatic, ci doar asupra unor momente-cheie, care îi ajută pe pacienți să introducă evenimentul trăit într-o categorie precisă.

3. Confesiunea

Pacienții vor simți o ușurare dacă vor împărtăși cuiva amintirile, experiențele și sentimentele negative legate de cele întâmplate. Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să realizeze distincția între culpabilitatea nemotivată și cea bazată pe fapte reale (de pildă în cazul soldaților care au ucis sau au agresat civili).

4. Consolidarea

Terapeutul trebuie să fie empatic cu pacientul într-o manieră profesionistă, deoarece neutralitatea sau tăcerea va fi interpretată de pacient ca un act de respingere. O simplă remarcă de tipul „îmi pare rău că ți s-a întâmplat aceasta” îl va face pe pacient să simtă că este acceptat de terapeut, chiar dacă ceea ce i s-a întâmplat i se părea inacceptabil din punctul de vedere al celorlalți, dar și al său personal.

5. Conștientizarea amintirilor reprimare sau disociate

Conștientizarea acestor amintiri permite examinarea, discutarea, reasamblarea și transformarea lor. Este utilă și tehnica hipnotică a modificării amintirilor, acestea fiind re trăite în stare de hipnoză sub altă formă și eventual chiar cu un alt final. Materialul restructurat va putea fi reasezat în zonele inconștiente ale psihismului.

6. Concentrarea atenției spre interior

Concentrarea spre interior permite examinarea amintirilor în detaliu și apoi restructurarea acestora. De regulă, victimele situațiilor traumatice se tem de faptul că vor fi depășite de valul amintirilor care îi vor copleși. Hipnoza reprezintă o modalitate rituală, în care amintirile pot fi examinate în mod controlat și apoi „puse deoparte”, până la următoarea ședință de hipnoză.

7. Controlul

Deoarece problema-cheie a amintirilor traumatizante este sentimentul de neajutorare pe care îl simte pacientul în raport cu acestea, psihoterapia trebuie să-l înarmeze cu metode eficiente de control al amintirilor. Autohipnoza este cea care conferă subiectului un puternic sentiment de autocontrol psihic.

Este important să fie spulberat mitul conform căruia hipnoza este o metodă pe care o aplică o persoană asupra altei persoane, această teh-

nică reprezentând, de fapt, o modalitate de colaborare prin intermediul căreia terapeutul îl ajută pe pacient să-și utilizeze abilitățile hipnotice.

8. Congruența

Obiectivul hipnoterapiei este ajutarea pacienților să conștientizeze, să tolereze și să lucreze asupra amintirilor psihotraumatizante, astfel încât acestea să poată fi integrate în cadrul imaginii de sine, fără a mai aduce prejudicii serioase conceptului de Eu.

În cazul terapiei persoanelor traumatizate, se mai pot utiliza și alte metode hipnoterapeutice, cum ar fi abreacția (catharsisul) sau retrăirea în stare de hipnoză a situației psihotraumatizante, modificarea amintirilor în hipnoză (Kardiner și Spiegel, 1947), precum și utilizarea terapeutică a transferului pentru a modifica și integra amintirile care îl fac pe subiect să se respingă (Brenda și Benedict, 1980). Toate aceste metode utilizează hipnoza pentru a accesa amintirile și stările emoționale puternice legate de situațiile psihotraumatizante, pentru a le transforma în cursul relației terapeutice și pentru a le stoca din nou, într-o altă formă, care le face mai acceptabile atunci când sunt aduse în planul conștiinței.

Studiu de caz (Spiegel, 1993, p. 502)

O femeie de 32 de ani a fost atacată de un infractor în timp ce se întorcea seara acasă de la cumpărături. Agresorul a târât-o pe scări în apartamentul ei, probabil cu intenția de a o viola. Femeia s-a luptat cu el din răsuputeri și a fost lovită la cap. Atacatorul a fugit, ea a izbutit să anunțe poliția care, constatând că nu a fost violată, a efectuat o investigație sumară, apoi a plecat. La scurt timp, pacienta a ajuns la spital ca urmare a unor convulsii, medicii constatând că prezintă o fractură la oasele craniene. Între timp, agresorul dispăruse și femeia nu-și mai amintea cum arată.

După câteva luni, pacienta a solicitat hipnoza pentru a-și aminti figura agresorului. Ea s-a dovedit moderat hipnotizabilă și terapeutul i-a cerut să aplice în stare de hipnoză metoda ecranului mental, pe care să vizualizeze evenimentul traumatic. Pentru prima oară, pacienta a conștientizat, fiind în stare de hipnoză, prin ce pericol a trecut.

Inițial, ea se culpabiliza pentru că s-a luptat cu agresorul și, din acest motiv, a fost serios vătămată. Aflată în transă, ea a spus:

„El a fost surprins că mă lupt cu asemenea forță; nu se aștepta la așa ceva”. În continuare ea a spus: „Nu cred că voia să mă violeze,

mai degrabă avea de gând să măucidă. Dacă ar fi reușit să mă ducă în apartament, probabil m-ar fi...”

Terapeutul i-a cerut să-și reprezinte, în partea dreaptă a ecranului mental, eforturile pe care le-a depus pentru a se apăra și efectele pe care le-au avut aceste încercări.

Pacienta a ieșit din hipnoză fără să reușească să-și reprezinte figura agresorului, deoarece totul se desfășurase în întuneric. În schimb, ea și-a modificat atitudinea față de ceea ce se petrecuse, conștientizând faptul că lupta pe care a dus-o i-a salvat viața. În afară de faptul că a conștientizat pericolul extrem în care s-a aflat, pacienta și-a dat seama și de uriașele sale disponibilități instinctive de autoprotecție, în felul acesta amintirile traumei suferite devenind mai suportabile.

2. Abordarea terapeutică a tulburărilor anxioase

Barnet (1985) arată că anxietatea este o teamă difuză, fără obiect bine precizat, adesea însoțită de acuze somatoforme: presiune toracică, tahicardie, transpirație, cefalee, tendința imperioasă de a urina.

Fobia reprezintă teama cu obiect bine precizat. Autorii disting:

- a) anxietatea situațională (se apropie mai mult de fobie; frica de examene, anxietate precompetițională etc.);
- b) anxietate difuză, persistentă, care este, de fapt, anxietate cronică.

Gelhorn (1965) consideră că această anxietate cronică se datorează acțiunii repetate a unor stimuli anxiogeni, care afectează sistemul nervos autonom, producând descărcări masive de adrenalină. Stimulii care produc o astfel de anxietate se numesc stresori.

Pentru a stabili în ce măsură un eveniment este stresant, trebuie să avem în vedere: natura evenimentului, resursele adaptative de a-i face față și gradul de adecvare a mecanismelor de apărare ale Eului. Dacă aceste mecanisme adaptative sunt inadecvate, va apărea anxietatea, care îl va determina pe subiect să-și mobilizeze resursele adaptative.

Acești stresori declanșează răspunsuri neuroendocrine mediate de hipotalamus și glanda pituitară (epifiza) care, la rândul lor, prin intermediul hormonului adrenocorticotrop, stimulează activitatea glandelor suprarenale, determinându-le să secrete adrenalină și cortizon.

Acești hormoni produc efectele fizice și emoționale specifice anxietății și stresului cronic.

Freud (1926) a considerat că anxietatea reprezintă rezultatul refuzării impulsurilor instinctive. Mai târziu (1936), el a inversat relația dintre anxietate și refulare, considerând că anxietatea este cauza refuzării impulsurilor inacceptabile.

Horney (1937) susține că anxietatea se datorează reprimării ostilității copilului, care nu-și poate permite să exprime agresivitatea atât timp cât este neajutorat și izolat într-o lume dușmănoasă.

Rank (1952) este de părere că originea anxietății ar fi trauma suferită de copil la naștere, anxietatea de separare fiind prima experiență afectivă a nou născutului.

Sullivan (1953) consideră că anxietatea rezultă din teama copilului de dezaprobare din partea mamei.

Rado (1962) a arătat că starea psihică a mamei poate influența nașterea efectivă a fătului, astfel încât fricile și sentimentul de culpabilitate ale mamei pot constitui cauze primare ale tuturor disfuncțiilor în sfera comportamentului copilului.

Reacția la stres are trei componente:

- a) stimulul;
- b) evaluarea acestuia;
- c) răspunsul emoțional și fiziologic la acesta.

Reacția la stresul cronic variază, printre altele, și în funcție de vârsta individului. Astfel, la copii apar mai mult tulburări în sfera conduitei, ca:

- onicofagie;
- enurezis;
- tulburări de comportament;
- suptul degetului.

La adolescenți, anxietatea se manifestă prin:

- lipsa încrederii în sine;
- sentimentul inadecvării personale;
- timiditate;
- tendința de retragere;
- înclinația spre masturbare.

La adulții tineri, anxietatea este asociată frecvent cu nivelurile de aspirație excesiv de înalte și cu stabilirea unor scopuri imposibile. Eșecul este asociat cu scăderea autostimei, retragerea în sine și

susceptibilitate crescută la stresorii din mediu, care produc atât anxietate, cât și reacții de tip depresiv.

La vârstnici, anxietatea este frecvent asociată cu:

- nemulțumire și supărare refulată;
- teama de a fi abandonat și de a rămâne singuri, care îi împiedică să-și exprime deschis nemulțumirile.

În anumite limite, anxietatea este un fenomen normal pentru că ea transmite Eului semnale că trebuie să declanșeze mecanismele de apărare. Anxietatea cronică este un fenomen patologic pentru că amenințarea este percepută doar la nivel inconștient. (Stimulul real anxiogen a dispărut demult, dar individul pare să nu fie conștient de acest lucru.) Astfel, subiectul crede că trebuie să-și mențină nivelul inconștient de vigilență, ceea ce pe plan conștient se traduce în anxietate.

Laughlin (1967) este de părere că anxietatea constituie o sumă a tuturor problemelor psihologice ale individului, ea reprezentând expresia unui conflict persistent între tendințele inconștiente și solicitările pe care i le impune conștiința. Conflictul este refulat, acesta determinând, la rândul său, simptome emoționale, ceea ce produce un cerc vicios.

Anxietatea este un simptom manifestat aproape în toate cazurile care se prezintă la psihoterapie:

- alcoolicii cronici au un nivel de anxietate mai ridicat decât cei care beau ocazional (Brown, 1980);
- fumătorii au un nivel mai ridicat de anxietate decât cel considerat normal (McCrae, 1978).

Celucci (1978) a observat că există o strânsă relație între anxietate și prezența unor vise terifiante sau a altor tulburări de somn. Mai mult, Ishizvka (1979) a observat că un element comun în cadrul cuplurilor care ajung la divorț îl constituie anxietatea prea ridicată, iar Kupfer (1977) a dovedit existența relației dintre anxietate și tulburări sexuale la ambele sexe. Și persoanele care au tendința de a se îmbolnăvi de boli somatice (inclusiv cancer) au anxietate crescută (Labaw, 1977).

O particularitate interesantă sub aspect psihopatologic a anxietății cronice o constituie nivelul scăzut al autostimei pe care îl au subiecții anxioși. Shahi (1978) a observat că subiecții cu anxietate scăzută au, de regulă, o imagine de sine ridicată. Pestonjce (1979) a constatat că pacienții cu afecțiuni coronariene au un nivel de anxietate mai ridicat decât subiecții din lotul-martor. Chiar și incidența complicațiilor

ilor postoperatorii este corelată cu anxietatea preoperatorie (Lange, 1978).

Procentul pacienților care se prezintă la psihoterapie pentru managementul anxietății este foarte ridicat și adesea o solicitare de a învăța o tehnică pentru a face față stresului ascunde o tulburare anxioasă generalizată. De asemenea, anxietatea poate fi și un simptom secundar al unei depresii sau al unei psihoze. O categorie aparte o reprezintă și clienții care suferă de tulburare posttraumatică de stres, în cadrul căreia anxietatea poate fi simptom dominant. Terapia anxietății constituie un demers complex, în cadrul căruia trebuie combinată terapia cognitiv-comportamentală cu hipnoza, cu terapia de suport, și în unele cazuri, chiar cu medicația psihiatrică.

Kirsch, Montgomery și Sapirstein (1995) au demonstrat că hipnoza în combinație cu psihoterapia cognitiv-comportamentală are efecte superioare terapiei cognitiv-comportamentale clasice (fără hipnoză).

O caracteristică de bază a subiecților anxioși este orientarea acestora spre viitor, ei imaginându-și pericole posibile care s-ar putea produce și care sunt trăite la nivelul unui proces de autohipnoză ca niște halucinații pozitive cu conținut terifiant. Această particularitate trebuie utilizată de terapeut prin sugerarea progresiei de vârstă în care va proiecta un viitor lipsit de simptome și va anula halucinațiile pe care și le induce singur subiectul, înlocuindu-le cu predicții favorabile. Supraîncordarea, tensiunea și graba subiecților anxioși pot fi combătute prin comentarea metaforică a comportamentului lor cotidian. Terapeutul va sublinia contrastul dintre „accelerare” și „încetinire” în timpul conducerii unui autoturism.

Înainte de a prezenta această povestire metaforică, terapeutul va consemna în detaliu modul în care se comportă clientul său: sare din pat, se spală în grabă, „dă pe gât” cafeaua, aruncă hainele pe el etc. Aceste elemente vor fi utilizate în timpul transei, ca în exemplul de mai jos:

„Mariana, în timp ce te relaxezi, te relaxezi tot mai mult... retrăiești în mintea ta ceea ce faci dimineața când te pregătești să pleci la serviciu... când arunci hainele pe tine și sorbi cafeaua dintr-o singură înghițitură... Și poate ai dori să trăiești în mod diferit... să te ridici încet din pat... să te întinzi... să faci câteva mișcări lente ale corpului... brațelor... picioarelor... câteva aplecări ale trunchiului... apoi să te duci la baie... și să te bucuri de un duș plăcut... pentru că te-ai

sculat devreme și ai mult timp la dispoziție... și poți face totul încet... cu atenție..."

În mod paradoxal, sugerarea încetirii ritmului activităților va contribui la accelerarea demersului terapeutic.

Gafner și Benson (2003, p. 253) încep terapia anxietății printr-o inducție hipnotică de tip conversațional, adâncind tranșa prin intermediul tehnicii clasice a numărării sau a imaginării coborârii unor trepte. Terapeutul va acționa în mod permisiv, lăsând clientului libertatea de a-și alege singur tehnica de adâncire a transei. Clientului aflat în tranșă i se vor administra sugestii directe și indirecte de reducere a tensiunii și supraîncordării, sugestii care pot îmbrăca următoarele forme:

„Începând din acest moment, teama, încordarea, nervozitatea te vor părăsi, vor ieși din tine, odată cu aerul expirat..." sau:

„Ana, imaginează-ți că ții în mână ața unui balon... poate unul roșu sau albastru... sau verde... nu știu ce culoare poate avea balonul pe care îl vezi cu ochii minții... Acum imaginează-ți că dai drumul balonului care zboară liber..." sau:

„Ana a găsit într-o zi o plasă mare cu multe, multe baloane colorate și ea a desfăcut plasa și a dat drumul unui balon... l-a eliberat și balonul a zburat spre cer”.

Anxietatea, dar și mânia pot fi reduse prin intermediul exagerării metaforice a simptomelor. Gafner și Benson (2003) recomandă această tehnică în cazul pacienților care au sentimentul eficienței personale destul de dezvoltat (nu e nevoie să se insiste în cazul lor pe tehnici de întărire a Eului), nu opun rezistență la psihoterapie și nu suferă de o tulburare a personalității. Forța acestei tehnici constă în alăturarea unor elemente opuse, respectiv sugerarea contrastului dintre prezența și absența simptomului. Aceasta va fi explicată clientului într-o discuție care are loc înainte de inducerea transei.

„Andreea, aș dori să cauți cu ajutorul imaginației ceva, o imagine, o metaforă, care să reprezinte problema ta... poate fi orice... o culoare... imagine... orice dorești tu... Acordă-ți oricât timp dorești și atunci când ai găsit ceea ce căutai, fă-mi un semn cu capul. Apoi vei abandona pentru un timp simbolul ales și vei căuta o imagine sau o metaforă pentru absența problemei... poate fi orice dorești tu... Acordă-ți timpul de care ai nevoie și atunci când ai găsit-o, fă-mi un semn cu capul...”

Te rog acum să revii la imaginea problemei tale și să o amplifici... să o faci mare, colorată... cu contraste puternice... strălucitoare... Eu

voi număra până la trei și tu vei amplifica imaginea problemei tale... 1... 2... 3... E foarte bine așa... acum lasă imaginea să se ducă și relaxează-te tot mai mult... Revino acum la imaginea care reprezintă absența problemei tale, pentru că imediat îți voi cere să o amplifici... și în timp ce realizezi acest lucru, doresc să descrii în aer un cerc cu degetul arătător al mâinii tale drepte, descrie-l încet... încet... cu atenție... pentru că astfel vei amplifica... vei mări imaginea care simbolizează pentru tine absența problemei tale... Încep să număr acum de la 1 la 3 și tu amplifici imaginea care simbolizează absența problemei tale... E bine așa... acum te relaxezi din nou... te relaxezi tot mai mult...”

Terapeutul va analiza apoi cu clientul aflat în stare de veghe conținutul imaginilor alese.

Benson (2003, p. 257) a utilizat o povestire metaforică pentru reducerea anxietății legate de zborul cu avionul, anxietate care a apărut la unii subiecți din Statele Unite după evenimentele din 11 septembrie 2001.

„Vulturul”

„A fost odată un băiețel pe care îl chema Steve și care visa să zboare ca un vultur. El urmărea cum aripile vulturului loveau aerul când acesta se înălța spre cer. Steve locuia în Montana și era obișnuit cu spațiile largi, deschise... Adesea, el stătea întins în iarbă urmărind ore în șir zborul vulturilor și uneori uita de sine, visând cu ochii deschiși. Erau mulți vulturi în Montana și uneori Steve compara zborul diferiților vulturi, care parcă erau înzestrați cu puteri diferite, observând cum unii vulturi se prăbușeau un pic, apoi se redresau pentru a-și continua zborul, rotindu-se în înaltul cerului și observând cu atenție locurile unde ar putea ateriza.

A urmări zborul vulturilor, aceste minunate mașini zburătoare, îl liniștea, îl calma pe Steve. El își dădea seama de faptul că asocia acele momente de liniște și pace interioară cu urmărirea zborului vulturilor, imaginându-și că pasărea îl va lua cu ea în zborul său spre înălțimi. Adesea, el își dorea să călătorească spre interiorul ființei sale, să ia contact cu nebănuitele sale resurse interioare, atunci când urmărea vulturul care stătea pe stâncă, spunându-și în gând: «Aș dori ca vulturul să decoleze și să mă ia cu el, pe tărâmul acela de libertate...”.

I se părea atât de extraordinar felul în care decolau și aterizau vulturii pe stânci, pe valuri, în locuri periculoase, cu mișcări precise, încât Steve parcă se temea ca vulturul să nu facă vreo greșală.

Observând cu atenție zborul vulturilor, Steve a acumulat multă experiență și și-a dat seama că vulturii nu pot greși, iar această experiență l-a făcut să devină tot mai sigur de perfecțiunea zborului vulturilor.

Ca adult, Steve își amintea adesea de zborul vulturilor pe care îi urmărise în copilărie. El își amintea de starea de calm și pace interioară pe care o simțea admirând forța și suplețea vulturilor... Și-a amintit și de ziua în care mintea lui și-a luat și ea zborul, fiind surprins să descopere multe lucruri despre sine însuși atunci când își sonda interiorul... dându-și seama de nebănuitele forțe interioare pe care le descoperea în inconștientul său, doar stând relaxat, absorbit de zborul vulturilor... El trăia împreună cu vulturii bucuria zborului, iar măiestria lor l-a ajutat să-și deschidă propriile aripi și să descopere potențialul nebănuț care îl ajuta să navigheze pe valurile propriei vieți și să rezolve cu succes toate problemele cu care se confrunta... Pentru băiatul acela care a devenit bărbat și a crescut acolo, în Montana, vulturul a rămas simbolul forței și măiestriei... Chiar și astăzi, când vede un vultur, închide ochii și își regăsește sentimentul de pace și de forță interioară, spunându-și în gând: «Eu pot face acest lucru»."

Terapia anxietății (principii):

- a) *Modificarea mediului* (pe cât posibil) pentru a împiedica producerea unor noi evenimente stresante, respectiv:
 - schimbarea locului de muncă;
 - reducerea încărcăturii de efort etc.
- b) *Modificarea interpretării și a modului în care individul evaluează situațiile.* Această schimbare de atitudine îi va face pe oameni mai puțin vulnerabili la stres.
- c) *Acționarea directă asupra răspunsului emoțional și fiziologic la stimulul anxios* (aici se înscrie și medicația anxiolitică), relaxarea progresivă, autohipnoza și tehnicile meditative.
- d) *Modificarea modului de interpretare a datelor mediului extern.* Desensibilizarea sau decon condiționarea reprezintă o tehnică comportamentală de modificare a modului în care cineva apreciază situațiile, de la situații nonanxiogene, puțin anxioase, până la situații puternic anxioase. Această orientare este bazată pe supoziția (Wolpe, 1958) conform căreia anxietatea se datorează asocierii dintre stimuli normali, neanxiogeni cu situații amenințătoare.

În practică se recomandă aplicarea relaxării și asocierea acestora cu stimuli progresivi tot mai anxioși (se începe cu stimuli tot mai pu-

țin anxioși). Pentru reducerea anxietății se mai utilizează și metode bazate pe „insight”.

Ellis și Harper (1975) consideră că anxietatea este bazată mai ales pe ideea supraevaluării și exagerării situațiilor periculoase. În majoritatea cazurilor, situația anxioasă pe care noi o apreciem ca „teribilă” nu mai este privită chiar așa la o examinare mai atentă.

Hipnoterapia în cazul tulburărilor anxioase implică:

• *Sugestiile directe*

Sugestiile directe de reducere a anxietății sunt și mai eficiente dacă se asociază cu tehnica imaginației dirijate.

Lamb (1980) a demonstrat rolul psihoterapiei de relaxare pentru a reduce anxietatea pacienților care se adresau unui cabinet de stomatologie.

Santon (1978) a demonstrat că doar simpla relaxare obținută în urma unei inducții hipnotice, fără nicio sugestie, relaxare în care subiectul a rămas timp de o jumătate de oră, a avut efecte pozitive în reducerea anxietății subiecților.

Sugestiile pentru reducerea anxietății folosite în hipnoză sunt mai eficiente atunci când se administrează într-o manieră mai puțin directă, prin utilizarea imaginării dirijate: pacientului i se sugerează să se vizualizeze pe sine, relaxat și liniștit, în diverse situații care îi creau anxietate în trecut. Simpla sugestie de relaxare reduce adesea anxietatea fără a solicita din partea terapeutului abilități speciale.

• *Autohipnoza*

Aproape toate sugestiile care s-au dovedit utile în heterohipnoză pot fi aplicate și în autohipnoză.

O'Connor (1978) susține că dacă heterohipnoza este combinată cu o tehnică de autohipnoză, rata vindecării este de peste 82%.

Sodomsy (1974) a demonstrat experimental că o mare parte a pacienților care au învățat autohipnoza (după 1–3 ședințe de heterohipnoză) au renunțat la medicația cu tranchilizante.

• *Hipnoanaliza*

O mare parte a pacienților anxioși beneficiază doar parțial și temporar de pe urma sugestiilor directe administrate în stare de hipnoză.

Se presupune că la pacienții care nu beneficiază de pe urma sugestiilor directe anxietatea are un rol important în cadrul mecanismelor de apărare ale Eului.

Psihoterapia are drept obiective în aceste cazuri:

- să descopere sursa de conflict care contribuie la perpetuarea anxietății;
- să intre în comunicare cu acele instanțe intrapsihice care pot rezolva conflictul și care pot ajuta subiectul să facă față anxietății.

Astfel, tehnica răspunsului ideomotor permite descoperirea unor amintiri semnificative, precum și identificarea unor resurse inconștiente latente ale subiectului. Când respectivele resurse latente sunt mobilizate, pacientul devine capabil să facă față problemelor cu care se confruntă.

Studiu de caz (Barnet, 1985)

O femeie de 35 de ani s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate accentuată, cefalee, insomnie, atacuri de panică și transpirații reci, apărute fără niciun motiv evident. Anxietatea se manifesta mai ales când persoana se afla în compania unor străini, îndeosebi bărbați. Pacienta nu se simțea bine la petreceri și avea tendința de a abuza de alcool și tutun. În ciuda anxietății, ea era o șefă eficientă la serviciu, deși nu se dovedea suficient de asertivă pentru a pune la punct o subalternă ineficientă.

Incapacitatea ei de a-și exprima sentimentele îi crea dificultăți de comunicare cu soțul său. Acesta nu știa ce gândește ea, pentru că nu discuta niciodată despre lucrurile care îi creau probleme sau o preocupau. Ambii soți erau de părere că pe plan sexual manifestau o indiferență reciprocă. Pacienta afirma că soțul se purta rece cu ea, iar acesta susținea că ea niciodată nu a manifestat dorința de a face dragoste cu el, ceea ce i-a creat aversiunea de a întreține relații sexuale cu ea; la rândul său, ea se simțea jenată să-și exprime nevoile sexuale și presupunea că soțul ar trebui să intuiască dorința ei, fără ca ea s-o exprime.

Peste o săptămână, ea a relatat că a dormit bine și s-a simțit relaxată. Totuși anxietatea i-a rămas la fel de puternică. În aceste condiții, terapeutul a fost de părere că este necesar un demers hipnoanalitic. În hipnoză, pacienta a fost regresată în timp până în perioada de dinaintea apariției anxietății. Pacienta a zămbit și a evocat experien-

țe agreabile. Apoi i s-a sugerat să se deplaseze în timp în perioada când a apărut prima experiență producătoare de anxietate, sugerându-i-se să relateze detaliat experiența respectivă.

Fragment din protocolul de psihoterapie (Barnet, 1985):

Dr.: Câți ani ai, Sarah? (Întrebările au rolul de a întări regresia de vârstă obținută.) Unde te afli? (Solicită implicarea pacientei într-o experiență localizată.)

P.: Doi ani.

Dr.: Unde te afli?

P.: Sunt în bucătărie.

Dr.: În bucătărie?

P.: Eu gătesc la cuptor.

Dr.: La cuptor? Cine face aceasta? (La început, pare că ceva nu e în regulă când se vorbește unei persoane în vârstă de doi ani.)

P.: Eu gătesc la cuptor.

Dr.: Gătești la cuptor? Dar ai doi ani! Este cuptorul fierbinte? (Sarah este adânc implicată în jocul imaginativ).

P.: Nu!

Dr.: Te prefaci că gătești?

P.: Da. (Deoarece această experiență a creat anxietate, terapeutul intuiește că se ascunde ceva în spatele acestei experiențe.)

Dr.: Bine. Ce se mai întâmplă? (Întrebarea „ce se mai întâmplă?” o determină pe Sarah să vizualizeze evenimentele cu și mai multe detalii. În câteva cuvinte, este redată experiența terifiantă.)

P.: Mașina de gătit se răstoarnă!

Dr.: Mașina de gătit se răstoarnă? Și ce se mai întâmplă?

P.: Oala cu apă fierbinte se răstoarnă.

Dr.: Peste tine? (Sarah, închisă în cuptor, este speriată nu numai din cauza situației sale disperate, dar și de urletele surorii sale.)

P. (plângând): Peste sora mea.

Dr.: Și ce se întâmplă?

P.: O opărește.

Dr.: Te opărește pe tine?

P.: Nu.

Dr.: Nu te atinge deloc?

P.: Nu, pentru că eu sunt în cuptor.

Dr.: Ești înăuntru și totul în jurul tău se răstoarnă, nu-i așa?

P.: Da.

Dr.: Cine vine?

P.: Mama. (Mama vine în ajutor și necazurile fetei de doi ani iau sfârșit.)

Dr.: Ce spune mama?

P.: Doamne! Bine că ești teafără! (Mama se bucură că ea n-a pățit nimic, și acest lucru este încurajator.)

Dr.: Și cu surioara ta ce s-a întâmplat?

P.: Pare să fie bine. (Surioara pare să nu aibă nimic la prima vedere, dar, de fapt, nu este chiar așa. Sora nu numai că este foarte speriată, dar și serios opărită.)

Dr.: De fapt, ce s-a întâmplat?

P.: Mama o schimbă pe canapea. Are bășici pe picioare.

Dr.: Și tu ce simți?

P.: Mi-e frică!

Dr.: Frică de ce?

P.: Mama spune că eu sunt vinovată. (Întreaga panică a lui Sarah revine. Mama o ceartă pentru toate. Ea trebuie să fie un copil rău, dacă i-a făcut un lucru atât de îngrozitor surorii sale. În același timp, ceva din ea îi spune că nu ea a făcut asta. Numai că mama nu e de aceeași părere.)

Dr.: Tu ai făcut-o?

P.: Nu, oala cu apa fierbinte e de vină.

Dr.: Da, oala cu apă fierbinte a comis această faptă! Tu n-ai vrut, nu-i așa?

P.: Nu.

Dr.: Ce-ai făcut tu? Te-ai urcat în cuptor? (Terapeutul revede împreună cu pacienta filmul evenimentului și amândoi ajung la concluzia că acțiunile fetei de doi ani erau foarte rezonabile pentru vârsta ei.)

P.: Da, și e un buton care îl blochează în spate.

Dr.: Un buton? Unul dintre acelea cu care obișnuiești să te joci?

P.: Da.

Dr.: Cum ai reușit să faci asta?

P.: M-am urcat și am umblat la el. (Ea nu era în acel moment suficient de inteligentă pentru a prevedea ce consecințe ar putea avea acțiunile ei, ce dezastru ar putea declanșa. E clar că mama credea că fetea ar fi trebuit să fie. Mama este extrem de supărată și evident că Sarah e de vină.)

Dr.: Da, și tu a trebuit să ajungi la el, nu-i așa?

P.: Da. (Sarah a decis că nu mai trebuie să fie o fetiță rea, și pentru aceasta nu-i rămânea altceva de făcut decât să rețină panica — pani-

că ce o împiedica să aibă un comportament aventuros și independent. În locul acestui comportament, ea trebuie să urmeze indicațiile altora pentru a evita riscul de a fi dezaprobată.)

Dr.: Și nu te-ai gândit că aragazul ar putea să cadă?

P.: Nu.

Dr.: Bine, Sarah, femeie de 35 de ani, ai auzit de această afirmație?

P.: Da. (Terapia este direcționată spre descoperirea resurselor ei actuale de inteligență, specifice unei persoane adulte, astfel încât s-o înțeleagă pe mama ei, dar și pe Sarah cea de doi ani și să înțeleagă faptul că nu mai trebuie să trăiască vechile ei sentimente de teamă, care au fost menținute în inconștient pentru a o proteja de dezaprobarea maternă.)

Dr.: Sarah a avut la doi ani o experiență înfricoșătoare, poți s-o ajuți? Ei îi este îngrozitor de frică. Dă-i toată înțelepciunea ta, acordă-i înțelegerea de care ești capabilă și atunci când ai făcut asta, fă un semn cu capul ca să știu și eu. Mica Sarah e foarte speriată. Trebuie să o iei în brațe și să-i acorzi afecțiune.

P.: (Dă din cap.)

Dr.: Ai făcut asta? E bine. Sarah cea de doi ani, dacă ai auzit asta, mai trebuie să fii speriată? (Pacienta a menținut aceste sentimente un timp îndelungat și trebuie să găsească un mod de a le lichida. Atâta timp cât nu există o nevoie neexprimată de a le păstra, trebuie găsită o modalitate de a scăpa de ele.)

P.: Nu.

Dr.: Bine. Sarah cea de 35 de ani și cea de 2 ani nu mai trebuie să simtă sentimentele de teamă care au durat 33 de ani. Te rog, găsește o soluție pentru a face ca toate sentimentele de teamă să dispară și când ai descoperit soluția, fă un semn cu capul.

P.: (Dă din cap.) (Lui Sarah i se sugerează să lase deoparte teama, să plece și, spre surprinderea ei, ea descoperă că îi este foarte ușor s-o facă. Ea simte cum stări afective confortabile vin să ia locul anxietății. Zâmbește fără voie.)

Dr.: Sarah de 35 de ani, există o cale de a scăpa de teamă, sentimentul vechi, neplăcut și care nu mai e necesar. S-a terminat cu el. Lasă-l să plece. Când toată teama te-a părăsit și ești sigură de asta, fă un semn cu capul! (S-a observat că înlăturarea unor vechi tensiuni face pacientul să zâmbească spontan, ceea ce confirmă starea de eliberare.)

P.: (Dă din cap și zâmbește). (Acum, terapeutul trece la localizarea altor experiențe care au contribuit la anxietatea generalizată a lui Sarah.)

Dr.: A dispărut totul?

P.: (Dă din cap și zâmbește din nou.)

Dr.: E bine așa. Ia să vedem acum dacă mai este o Sarah înăuntrul tău care nu se simte bine. Dacă este, dă din cap în semn că da! (Sarah descoperă o experiență care s-a petrecut după mulți ani și care seamănă cu prima. Aparent, băiatul cu care se împrietenise era drăguț, dar ea se simțea altfel. El o speria și ea nu-l plăcea.)

P.: (Dă din cap.)

Dr.: Câți ani aveai atunci?

P.: 18-19 ani.

Dr.: Ce s-a întâmplat?

P.: Aveam un prieten!

Dr.: Era un băiat drăguț?

P.: (cu o mimică tristă): Este un bărbat.

Dr.: Și ce dacă? Ce face el?

P.: Se bate cu tatăl său. Îi place lupta.

Dr.: Și asta nu e bine, nu-i așa?

P.: E egoist. (Sarah își urăște prietenul și totuși stă cu el pentru a nu supăra pe nimeni, mai ales pentru a nu supăra figurile materne. Ea se simte neajutorată și asta îi amplifică anxietatea.)

Dr.: Ce simți de fapt?

P.: Îl urăsc.

Dr.: Dacă îl urăști, de ce stai cu el?

P.: Mama lui nu-mi dă voie să mă întâlnesc cu alți băieți.

Dr.: Dar ce amestec are mama lui în asta?

P.: Eu locuiesc cu părinții lui.

Dr.: De ce locuiești acolo?

P.: Tatăl meu m-a acuzat că sunt o târfă. Atunci am plecat de acasă. Mi-am luat serviciu și locuiesc cu ei. (Din nou, Sarah a primit confirmarea că e rea și nu trebuie să țină seama de propriile dorințe și nevoi.)

Dr.: Te simți ca într-o capcană? (Aceasta n-o împiedică să fie furioasă, dar furia trebuie reprimată, și aceasta produce anxietatea.)

P.: Da. Larry se întâlnește cu alte fete, iar eu nu am voie să mă întâlnesc cu alți băieți.

Dr.: Pariez că asta te înfurie! (Din nou, terapeutul face apel la Eul ei de adult pentru a vedea lucrurile așa cum sunt de fapt.)

P.: Da.

Dr.: Sarah de 35 de ani, ai auzit ce am vorbit?

P.: Da.

Dr.: Sarah de 18-19 ani e prinsă în capcană și se simte groaznic. Poți s-o ajuți? Ea este furioasă și neajutorată. Aș vrea să înțelegi ce simte ea. Când ai reușit, dă din cap. (Din nou, Sarah e încurajată să simtă că sentimentele ei din acea perioadă erau firești la timpul respectiv și acceptabile, dar că acum ele nu mai sunt necesare.)

P. (semn): Da.

Dr.: Bine. Sarah de 18-19 ani, acum că ai auzit asta, mai trebuie să te simți speriată, lovită, furioasă și dominată de sentimente de culpabilitate? (Ea e încurajată să găsească singură o modalitate de a se elibera de aceste trăiri.)

P.: Nu.

Dr.: Bine. Sarah cea de 35 de ani, doresc să găsești o cale pentru Sarah cea de 18 ani să scape de sentimentele de disconfort de care nu mai are nevoie. Când ai găsit soluția, fă un semn cu capul!

P.: Da (semnal ideomotor). (Apoi, după ce s-au explorat toate conflictele trecute, s-au administrat sugestii directe de întărire a Eului și creștere a autostimei.)

Dr.: Deci, Sarah de 18 ani, există o cale prin care poți scăpa de vechea tensiune care nu mai este necesară. Folosește-te de calea indicată și, când te-ai eliberat de teamă, fă semn. (Sugestiile au fost înregistrate pe o casetă și ea trebuie să le asculte zilnic.)

P. (semn): Da (zâmbește). (Apoi pacienta a fost învățată să practice autohipnoza pentru situațiile în care s-ar simți tensionată.)

Dr.: S-au dus toate. E bine acum, nu-i așa? (Când Sarah a devenit mai relaxată, s-a constatat și îmbunătățirea relațiilor cu soțul.)

Tratamentul prin hipnoză al fobiilor și fricilor intense

Helen Crawford și Anreed Barabasz (1993) sunt de părere că hipnoza este utilizată în tratamentul fobiilor ca metodă auxiliară pe lângă alte tipuri de intervenții terapeutice, cum ar fi terapia cognitivă, comportamentală sau terapiile de orientare dinamică. Studiile experimentale și clinice au demonstrat faptul că eficiența utilizării hipnozei în terapia fobiilor se bazează pe sugestibilitatea ridicată, vivacitatea

reprezentărilor vizuale, abilitatea de a focaliza atenția, precum și pe flexibilitatea strategiilor cognitive (Crawford și Barabasz, 1993).

Autorii menționați afirmă și faptul că particularitățile specificate mai sus sunt implicate și în apariția și menținerea fobiilor. Fobiile reprezintă temeri intense și disproporționate față de diverse situații care pentru majoritatea oamenilor nu sunt anxiogene. Reacțiile anxioase față de stimulii respectivi nu pot fi controlate voluntar, subiecții punând în acțiune mecanisme de evitare a acestora.

Fobiile sunt considerate ca făcând parte din cadrul tulburărilor anxioase în Manualul Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mintale, ed. a III-a revizuită, elaborat de Asociația Psihiatrilor Americani, 1992, precum și în Clasificarea Internațională a Bolilor Psihice (ICD), elaborată de OMS în 1992.

Temerile cu caracter patologic se referă la obiecte, persoane și situații foarte diferite (fobie de animale, boală, sânge, spații închise, zbor cu avionul etc., la care se adaugă agorafobia, care este teama subiectului de a se deplasa în spații deschise și care are un grad mai mare de generalitate, precum și fobiile sociale). Dacă persoanele cu agorafobie și fobii sociale se prezintă frecvent la cabinetele de psihiatrie sau psihoterapie, mulți dintre subiecții care suferă de fobii precis delimitate (de întuneric, furtună, cutremure etc.) nu solicită sprijin de specialitate.

Tulburările fobice au fost tratate cu succes prin intermediul unor metode psihoterapeutice care îmbină hipnoza ca metodă de focalizare dirijată a atenției cu desensibilizarea sistematică, tehnici cognitive de depistare și combatere a gândurilor negative, imaginare, cu conținut emoțional, imersiune (confruntarea directă și brutală cu situația anxiogenă), precum și cu tehnici psihodinamice: dezaprobarea unor amintiri uitate, abreacție (descărcare emoțională) sau *insight* (iluminare, găsirea bruscă a cauzelor unor simptome) (Barabasz, 1977; McGuinness, 1984; Humphreys, 1986; Kheft, 1986). Trăirea unor situații imaginate poate produce reacții emoționale și fiziologice similare sau chiar identice cu cele evocate de confruntarea cu situația anxiogenă (Barabasz și Barabasz, 1981; Cook, Malamed, Cuthbert, McNeil și Lang, 1988).

Terapeuții care tratează aceste tipuri de afecțiuni au constatat că inducția hipnotică la subiecții cu sugestibilitate moderată și înaltă le produce acestora o stare de relaxare în care se pot administra mai ușor sugestii de reducere a reacțiilor emoționale și fiziologice care apar în

cazul fobiilor. De asemenea, utilizarea desensibilizării sistematice în stare de hipnoză mărește foarte mult eficiența acestei tehnici de confruntare în plan imaginativ, cu stimuli anxiogeni ierarhizați gradat. Deoarece un număr însemnat de fobii au drept cauză condiționarea, mulți hipnoterapeuți utilizează hipnoza pentru a evidenția cauzele care au generat fobia.

Mai ales terapeuții de orientare dinamică sunt de părere că prin metoda regresiei de vârstă pot fi aduse în planul conștiinței amintiri psihotraumatizante din copilăria subiectului, amintiri referitoare la conflicte și traume care ar fi putut produce apariția fobiei. Desigur, această metodă prezintă interes, dar terapeutul trebuie să fie conștient de faptul că amintirile scoase la iveală prin intermediul hipnozei pot fi adevărate, dar pot fi și parțial adevărate sau chiar false, deși subiecții par a fi foarte convinși de adevărul acestora (Orne, Whitehouse, Dinges și Orne, 1988). Din acest motiv, datele obținute prin intermediul hipnozei trebuie verificate prin intermediul confruntării acestora cu alte surse de informații.

Abordarea cognitiv-comportamentală are drept obiectiv restructurarea cognitivă a modului de abordare a situațiilor anxiogene, astfel încât amintirea acestora să nu mai producă anxietate (Meichenbaum, 1977). În acest caz, prin intermediul hipnozei sunt aduse la suprafață amintirile uitate, care apoi sunt restructurate prin intermediul sugestiilor și tehnicii imaginației dirijate. Și în acest caz se utilizează regresia de vârstă (Lamb, 1985; Kossak, 1987). De asemenea, terapeuții cognitiști utilizează metoda identificării gândurilor negative iraționale, precum și substituirea acestora cu gânduri alternative mai realiste. Acestea din urmă pot fi administrate sub forma unor sugestii hipnotice sau posthipnotice. Așa cum am mai subliniat, hipnoza este deosebit de utilă și în cazul metodei imersiunii (*flooding*) realizate în plan imaginativ, situație în care subiectul se confruntă în mod direct și brutal cu stimulul anxiogen la nivel de reprezentare mentală, până când anxietatea se reduce în mod semnificativ.

Psihoterapeuții care se ocupă de tratamentul fobiilor trebuie să verifice dacă fobiile constituie tulburări de sine stătătoare, dacă subiectul prezintă fobii multiple sau dacă fobiile fac parte din cadrul unor tulburări psihopatologice mai ample, cum ar fi tulburările depresive, atacurile de panică sau sindromul de stres posttraumatic.

Helen Crawford și Barabasz (1993, p. 317) prezintă un caz de fobie tratată cu succes prin intermediul hipnozei de către ultimul autor,

caz în care alte metode terapeutice au eșuat. În cele ce urmează, vom prezenta unul dintre cazuri.

Autorii, clinicieni și experimentalisti, au înregistrat în hipnoză variațiile pulsului și reflexului electrodermal în timpul expunerii în plan imaginativ la stimulii anxiogeni. Aceste înregistrări fiziologice au avut drept obiectiv stabilirea și reordonarea ierarhiilor de stimuli anxiogeni, precum și extinderea duratei ședinței de expunere, până când anxietatea subiectului s-a redus în mod semnificativ. De asemenea, terapeutul a putut utiliza aceste măsurători și ca indicatori ai profunzimii relaxării.

Studiu de caz: fobie școlară (Crawford și Barabasz, 1993, p. 317)

Lynn, în vârstă de 11 ani, suferă de fobie școlară, din cauza căreia nu a fost deloc la școală pe toată durata clasei a cincea. În acea perioadă, ea a urmat mai multe tipuri de psihoterapie (centrată pe client, desensibilizare sistematică, terapie de familie) și tratament psihiatric, toate aceste intervenții rămânând fără rezultat. Fetița afirma că dorește din tot sufletul să meargă la școală și că a fost pe punctul să facă acest lucru în urma tratamentului de desensibilizare.

Pacienta a învățat relaxarea și a construit împreună cu psihologul cu care a lucrat înainte o ierarhie de situații anxiogene care părea logică. Itemii ierarhiei cuprindeau elemente cum ar fi: să i se adreseze o întrebare de către profesor, să fie scoasă la tablă, să dea un examen sau să desfășoare activități de grup în fața profesorului. Desensibilizarea s-a desfășurat în plan real, dar pacienta nu a reușit decât să viziteze școala după luni de tratament.

Ținând seama de datele problemei, terapeutul a propus utilizarea hipnozei. Pacientei i-a fost prezentată hipnoza ca o metodă de a adânci relaxarea și de a face ca desensibilizarea să fie mai eficientă. La Scala de hipnotizabilitate Stanford pentru copii (Morgan și Hilgard, 1978; 1979), pacienta a obținut 4 din cele 5 puncte posibile. În acest caz, înregistrările fiziologice ale reflexului electrodermal și ale pulsului au fost deosebit de utile pentru că au condus la modificarea ierarhiei de stimuli anxiogeni. Astfel, pentru Lynn, situația care producea anxietatea cea mai ridicată, cu cel mai puternic răspuns fiziologic, era să deschidă dimineața poarta școlii. Această situație fusese plasată undeva jos în cadrul ierarhiei de stimuli anxiogeni elaborată anterior în cadrul celorlalte terapii.

Deoarece anul școlar tocmai începuse și Lynn lipsise deja o săptămână, s-a decis instituirea unei psihoterapii intensive, cu ședințe zil-

nice, inclusiv sâmbăta și duminica. Ierarhia stimulilor anxiogeni a fost reordonată în conformitate cu reacțiile psihofiziologice. După inducerea transei, s-a aplicat metoda desensibilizării sistematice în stare de hipnoză. S-a înregistrat permanent nivelul pulsului și reflexul electrodermal în timp ce pacientei i s-a sugerat să-și imagineze stimulii anxiogeni din cadrul ierarhiei și apoi s-au administrat sugestii de calm și relaxare. Au fost utilizate și sugestiile directe pentru a facilita reducerea anxietății la acei stimuli, în cazul cărora aceasta se producea mai greu sau deloc. Instrucțiunile administrate au fost următoarele:

„Data viitoare când îți voi cere să-ți imaginezi scena respectivă ca și cum s-ar petrece în realitate, teama ta va fi mult mai mică, mult mai mică. Vei fi capabilă să te relaxezi în timp ce-ți imaginezi scena, dar și în situația reală. Să începem acum... Imaginează-ți din nou situația X”. Deoarece Lynn a dovedit că reacționează la sugestii posthipnotice, ea a acceptat să utilizeze hipnoza pentru a intra într-o stare de calm atunci când va deschide poarta școlii. Terapeutul a făcut și aranjamentele necesare pentru schimbarea școlii, astfel ca pacienta să se ducă la școală în prima zi, pentru a nu se repeta vechiul model de interacțiune emoțională cu părinții. În urma hipnoterapiei, pacienta a mers normal la școală, nu a absentat decât șase zile în trei ani, a obținut rezultate școlare bune și s-a angrenat în activități sportive. Nu s-au mai constatat alte reacții fobice sau tulburări de comportament.

Hunter (1988) prezintă un set de sugestii utile pentru psihoterapia atacurilor de panică: „Te voi învăța o tehnică cu ajutorul căreia să poți scăpa de atacurile de panică”.

„Stai foarte relaxat în fotoliu și intri într-o stare de hipnoză profundă. Te afli cu mine în cabinet și ești în deplină siguranță. Caută acum să re trăiești stările pe care le ai în timpul unui atac de panică. Re trăiești doar acele stări pe care crezi că ai posibilitatea să le controlezi. E bine așa. Acum, dacă totul e în regulă, caută să re trăiești stările respective la nivel maxim și încearcă să observi ce se întâmplă. Poate că inima începe să bată mai repede, poate respirația devine mai accelerată sau poate simți o încordare în stomac. Unii oameni au o senzație de tensiune în zona capului, însoțită de transpirația palmelor.

Caută să re trăiești în minte stările pe care le ai tu în situația când ești cuprins de un atac de panică, fără a uita că poți să limitezi trăirile până la nivelul pe care îl dorești, pentru că te afli în siguranță. Dacă totul este în regulă, re trăiește stările respective cât poți de intens. Când ai ajuns la trăirea maximă, oprește exercițiul și apoi caută să inversezi

fiecare simptom în parte. Începe cu respirația, care este cel mai ușor de controlat. Concentrează-te asupra respirației și fă în așa fel, încât respirația să devină calmă, liniștită, agreabilă. Odată ce respirația s-a calmat, vei constata că bătăile inimii au tendința de a reveni la normal, pentru că respirația și inima lucrează împreună. Când respirația și bătăile inimii s-au calmat, așteaptă puțin, apoi concentrează-te asupra altei senzații, poate asupra tremorului mâinilor sau asupra senzației de nod în gât sau de încordare în zona abdominală. Relaxează-te și readu la normal fiecare simptom în parte. Când totul s-a normalizat, inspiră adânc și continuă să te relaxezi.

Acum gândește-te la ce ai învățat astăzi. Ai învățat faptul că știi exact la ce să te concentrezi și ce să faci pentru a te calma. Mai mult, ai învățat că ești capabil să faci asta. Ai reușit singur să inversezi fiecare simptom readucându-l la normal. Știam că ești capabil să faci acest lucru și ai dovedit-o cu prisosință. Acum vom întări cele învățate. Retrăiești stările proaste pe care le ai în timpul atacului de panică până la limita la care ești capabil să le controlezi. Apoi caută să le retrăiești la nivel maxim, după care inversează fiecare simptom în parte, începând cu respirația. Când ai terminat, inspiră adânc, apoi expiră. Simți o mare ușurare, nu-i așa?

Felicitări! Ai realizat acest lucru de două ori și ai reușit foarte bine. Acum știi ce ai de făcut când ești cuprins de un atac de panică. Cu altă ocazie, o să vorbim și de modalitatea de a preveni atacul, pentru ca acesta să nu se mai producă defel. Este însă destul de reconfortant să știi că ai un instrument care te poate scoate din impas.

Trebuie să-ți dai seama că atunci când inversezi simptomul tu ești cel care controlezi situația.

Acum este momentul să mergem mai departe. (Instrucțiunile următoare se dau în cursul altei sesiuni de hipnoză.)

Stai așezat confortabil în fotoliu, intră în hipnoză și apoi adâncește transa. Imaginează-ți acum că te deplasezi în viitor atunci când vei face o călătorie cu avionul, fără să-ți fie teamă. A mai rămas o jumătate de oră până la aterizare și stai comod în fotoliu cu o ceașcă de ceai (cafea) și cu un pahar de băutură răcoritoare, simțindu-te cât se poate de bine. Este o experiență deosebit de plăcută, deosebit de plăcută. Te simți foarte mulțumit de tine, foarte satisfăcut. Ești satisfăcut de propria persoană și ai tot dreptul să fii. Savurează pentru un timp acest sentiment de satisfacție. Acum, deplasează-te în timp spre momentul în care avionul tocmai a aterizat. Trăiești un sentiment minu-

nat de satisfacție. «Victorie! Am reușit. Am rămas calm și liniștit!» Acum, deplasează-te în timp la perioada când mai ai de zburat cam un sfert din distanță. Te simți cât se poate de bine și nu ai nicio îndoielă că zborul va fi încununat de succes.

Apoi, deplasează-te în timp la perioada când mai ai de zburat aproximativ o jumătate din distanță. Te simți foarte bine. Timpul trece repede și plăcut. Trăiești intens senzația de reușită. Te deplasezi în timp la perioada când mai ai de parcurs trei sferturi din distanța de zbor. Ai mult curaj, pentru că totul decurge foarte bine. Te simți liniștit, calm, cu totul altfel decât cu ocazia altor zboruri. Te deplasezi și mai mult în timp la perioada când tocmai te-ai îmbarcat în avion și ți-ai ocupat locul pe fotoliu. Trăiești un sentiment plăcut de calm. Îți spui în gând cu fermitate: «Voi reuși cu bine!» Te reîntorci și mai mult în timp la perioada când te îndreptai spre aeroport. Te simți plin de curaj pentru că totul va decurge foarte bine. Te simți liniștit, destins, cu totul altfel decât cu ocazia altor zboruri. Totul va fi foarte bine. De fapt, totul este foarte bine.

Foarte repede, surprinzător de repede, te uiți la ceas și-ți dai seama că s-a scurs mai mult de jumătate din durata de zbor. E nemaipomenit! Cum de a trecut timpul atât de repede și de plăcut! Este un mare succes pe care îl trăiești în adâncul ființei tale. Puțin mai târziu observi că a mai rămas aproximativ un sfert din distanța de zbor. Te simți foarte bine, fiind absolut convins că restul călătoriei se va desfășura în cele mai bune condiții. Iată, acum avionul a aterizat. Ce sentiment plăcut de satisfacție! «Am făcut-o! Am reușit!» Acum, când ai ajuns la destinație, stai comod pe un fotoliu și îți reamintești experiența pozitivă. Trăiești un puternic sentiment de satisfacție și ești mândru că ești mândru de tine.”

3. Hipnoza în managementul stresului și al tulburărilor anxioase

Stanley, Norman și Burrows (2001) subliniază faptul că stresul reprezintă un fenomen comun, foarte răspândit, termenul fiind utilizat atât în limbajul comun, cât și în context clinic. Stresul reprezintă un proces care se instalează atunci când mecanismele adaptative de natură fizică și/sau psihologică sunt perturbate.

Este cunoscut faptul că nu orice tip de stres are un caracter negativ. Ca o reacție acută la unii stimuli din mediu, stresul poate avea chiar un caracter mobilizator, chiar în cazul în care se repetă, forțând individul să acționeze în direcția rezolvării problemelor. Termenul de „eustres” a fost introdus pentru a realiza diferența dintre „presiunea cu caracter motivator exercitată asupra organismului și distres, care produce efecte negative, uneori chiar de natură patologică”.

Evenimentele traumatizante de tipul dezastrelor reprezintă factori stresanți pentru orice individ, în timp ce alte tipuri de situații devin stresante doar pentru unii subiecți, datorită semnificației pe care o au pentru aceștia. Situațiile stresante generează un disconfort de natură subiectivă și/sau o activare psihofiziologică în cazul în care solicitările reale sunt percepute de către subiect ca depășind posibilitățile sale adaptative. Perceperea dezechilibrului dintre cerințe și capacitățile de adaptare produce un dezechilibru la nivelul homeostaziei organismului, cu consecințe în plan fizic și psihic.

Modelele de reacție la stres, denumite „mecanisme de coping”, variază de la individ la individ și depind atât de factori genetici, cât și de patternuri învățate de răspuns. Stresul este considerat factor precipitator pentru o serie de tulburări psihice și chiar psihiatrice. Astfel, pentru unii subiecți perceperea repetitivă a unei amenințări și a incapacității de a-i face față conduce la anxietate, în timp ce la alții la depresie și neajutorare, lipsă de speranță. O reacție răspândită la stres este cea caracterizată prin abuzul de substanțe, alcool, tranchilizante sau chiar droguri.

Stanley, Norman și Burrows (1999) au evidențiat trei faze în tratamentul tulburărilor cronice de stres, hipnoza ocupând un loc important în cadrul fiecăruia dintre acestea:

1. Tratamentul medical, psihiatric și psihologic

În cadrul terapiei unor afecțiuni organice, stresul este considerat factor precipitator sau agravant, afecțiunea respectivă fiind abordată prin intermediul unor mijloace medicale specifice. Astfel, o afecțiune cardiovasculară sau respiratorie va primi tratamentul corespunzător.

Același principiu se aplică și în cazul depresiei sau tulburărilor anxioase în cazul cărora se poate utiliza fie medicație psihiatrică, fie psihoterapie, fie o combinație între cele două. Natura și severitatea simptomelor vor reprezenta criteriul major de decizie. Tehnicile terapeutice cel mai frecvent utilizate sunt cele cognitiv-comportamen-

tale, deși unii terapeuți pot să opteze pentru abordări psihodinamice, experiențiale sau de grup. Hipnoza poate conduce la optimizarea efectelor tratamentului psihiatric sau psihoterapeutic mai ales datorită faptului că aceasta reprezintă o formă de comunicare cu caracter persuasiv.

2. Restructurarea cognitivă și atitudinală

Această etapă este centrată asupra reducerii vulnerabilității la stres a individului. Restructurarea cognitivă și atitudinală trebuie să țină seama de particularitățile personalității, flexibilitatea, experiența de viață, problemele actuale, eficiența strategiilor de coping, precum și de încrederea subiectului în acestea. Trebuie avută în vedere și capacitatea subiectului de a tolera găsirea unor soluții parțiale la situațiile problematice.

Programele de prevenire a stresului sunt, de asemenea, individualizate în funcție de tipurile de reacții la stres ale subiecților și conțin o parte importantă de informare referitoare la natura stresului, la modalitățile în care aceasta acționează, precum și la impactul acestuia asupra stilului de viață al individului. Clientul este învățat să-și modifice atitudinea față de experiențele de viață, cunoscut fiind faptul că interpretarea unor situații ca fiind amenințătoare reprezintă o cauză esențială a stresului. Pentru a atinge acest obiectiv, se utilizează tehnici cognitiv-comportamentale de identificare, combatere și înlocuire a gândurilor și convingerilor negative disfuncționale. În cazul în care clientul prezintă un deficit în sfera rezolvării de probleme, terapia va fi focalizată pe formarea și dezvoltarea unor astfel de strategii. Pasivitatea și evitarea problemelor sunt descurajate, iar clientul, în loc să privească problema ca pe o amenințare, va fi învățat să o considere drept provocare.

Deoarece unele particularități ale personalității cum ar fi perfecționismul sau tendințele obsesive stau în calea adaptării eficiente la stres, clientul va fi ajutat să-și dezvolte flexibilitatea în evaluarea unor situații de viață, precum și capacitatea de a identifica o multitudine de soluții, chiar și parțiale, la problemele existenței. Terapeutul îl va dirija, astfel încât să facă o alegere între mai multe soluții posibile, cu dorința de a o identifica pe cea optimă, iar dacă acest lucru nu se întâmplă, să considere alegerea respectivă drept o experiență de viață și să facă o nouă alegere, realizând faptul că stima sa de sine și valoarea personală nu depind de identificarea unei soluții perfecte. Indecizia și

pasivitatea sunt considerate mai rele decât experimentarea unei soluții inadecvate.

De asemenea, conștientizarea realistă a faptului că existența are un caracter problematic și provocator reprezintă un element de bază al programului de management al stresului. O serie de evenimente negative cum ar fi, de pildă, pierderea unei persoane apropiate trebuie depășite, fiind considerate încercări ale vieții. Terapeutul îl va ajuta pe client să-și întărească autostima și încrederea în faptul că este capabil să găsească soluții adecvate la problemele vieții, stima de sine scăzută reprezentând un obiectiv prioritar al demersului terapeutic. Dacă este necesar, se recomandă și tehnici de psihoterapie dinamică pentru a-l elibera pe client de psihotraumele și conflictele trecute care continuă să influențeze maniera în care acesta se raportează la situațiile stresante actuale.

3. Managementul stărilor de supraactivare

Reacțiile psihofiziologice exagerate la anumiți factori stresanți, precum și un nivel prea ridicat al reactivității bazale pot fi abordate în fazele inițiale ale terapiei cu ajutorul tratamentului medicamentos.

Pe termen lung, este indicat ca aceste reacții să fie ținute sub control cu ajutorul unor strategii de natură psihologică: relaxare, meditație, autohipnoză, biofeedback, precum și cu programe de exerciții fizice. Cercetările experimentale au demonstrat faptul că practicarea regulată a tehnicilor de relaxare sau meditație conduce la o reducere semnificativă a nivelului de activare al organismului. Indiferent ce tehnică se utilizează (antrenamentul autogen al lui Schultz, relaxarea progresivă Jacobson, metoda Benson etc.), principiile care stau la baza acesteia sunt asemănătoare.

Problema care se pune ține de motivarea clientului de a persevera în aplicarea acesteia. Stanley, Norman și Burrows (2001) sunt de părere că o practică eficientă trebuie să implice exerciții zilnice timp de 6-12 luni, fiind continuată apoi de două sau trei ori pe săptămână. Aceiași autori consideră că și autohipnoza reprezintă o strategie utilă pentru reducerea supraactivării.

În cazul în care clientul urmează un program de hipnoză împreună cu terapeutul, fiind apoi inițiat în practicarea autohipnozei, durata tratamentului se scurtează cu aproximativ 30% și în același timp crește sentimentul de autocontrol și eficiența demersului de rezolvare de probleme. Astfel, programul descris mai sus va acțio-

na și ca o strategie de prevenție a stresului. De asemenea, un program regulat de exerciții fizice conduce la reducerea nivelului de supraactivare al organismului (Markoff, Ryan și Young, 1982; Ransford, 1982). Și în acest caz, problema care se ridică este aceea a motivării clientului pentru o practică regulată și pentru o modificare pe termen lung a stilului de viață. Un nou stil de viață care să reducă reactivitatea la stres ar trebui să includă managementul timpului, exerciții fizice, relaxare, activități cu caracter recreativ, modificarea dietei și renunțarea la consumul de alcool sau alte substanțe de abuz.

Adoptarea acestui stil este dificil de realizat pentru că nu este suficient ca subiectul să realizeze în plan intelectual legătura dintre starea de sănătate și modul de viață. Și în atingerea acestui obiectiv hipnoza poate juca un rol important, prin intermediul sugestiilor care pot dezvolta și întări motivația pentru schimbare.

4. Rolul hipnozei în managementul stresului (Hawkins, 2006, p. 45)

1. Ajutarea clientului să evalueze realist dificultățile existenței.
2. Ghidarea acestuia să recunoască și să amplifice experiențele pozitive și să creeze noi experiențe de acest tip.
3. Reducerea reacțiilor la stres prin utilizarea unor tehnici specifice cum ar fi: relaxarea, întărirea Eului, reetichetarea și restructurarea cognitivă.
4. Accesarea resurselor de vindecare de natură inconștientă în cazul afecțiunilor psihosomatice.
5. Modificarea strategiilor ineficiente de a face față evenimentelor stresante (strategii de coping), cum ar fi, de pildă, fumatul, consumul abuziv de alcool sau mâncatul în exces.
6. Tratamentul afecțiunilor datorate acțiunii stresului de lungă durată: boli psihosomatice, alcoolism, obezitate, scăderea calității vieții.
7. Identificarea factorilor stresanți din trecut și prezent, alături de procesarea lor terapeutică prin tehnici de descărcare (catharsis), reetichetare, restructurare, consiliere relațională și de familie.
8. Asistarea clientului în identificarea și modificarea factorilor mediatori, cum ar fi cei care țin de suportul social, practicarea exercițiilor fizice sau a stilurilor de a face față stresului (stiluri de coping).

9. Ajutarea clientului să identifice și să modifice modul de evaluare și interpretare a factorilor stresanți.
10. Învățarea acestuia să se comporte mai asertiv, astfel încât să se poată angaja în activități importante în plan social, profesional și personal.

4. Hipnoterapia anxietății

Anxietatea poate fi un fenomen normal pe care îl trăiesc toți oamenii în anumite momente ale existenței lor, dar există și o anxietate patologică, excesivă sau inadecvată situației, care poate ajunge până la nivelul de tulburare anxioasă. Distanța dintre anxietatea normală și cea patologică trebuie stabilită pentru fiecare individ în parte.

Anxietatea normală are o funcție adaptativă, deoarece protejează persoana în situațiile amenințătoare și poate crește motivația acesteia de a depăși situația respectivă. Pe de altă parte, anxietatea patologică nu are niciun fel de funcție pozitivă, ea generând incapacitatea persoanei de a funcționa adecvat în condiții de stres. Datele de cercetare au evidențiat faptul că aproximativ 10% din populație a suferit de o tulburare anxioasă (Stanley, Norman și Borrow, 2001).

Observațiile clinice au condus și la stabilirea unei legături între susceptibilitatea hipnotică și unele tulburări anxioase. Astfel, Frankel (1976) a găsit la pacienții fobici un nivel mult mai înalt de hipnotizabilitate, comparativ cu alte categorii de subiecți. Acest autor chiar a lansat ipoteza conform căreia nivelul înalt de hipnotizabilitate ar putea fi implicat în etiologia și menținerea tulburărilor fobice.

Aceste situații au fost confirmate și de alți autori (Frankel și Orno, 1976; Gerschman, Burrows, Reade și Foenander, 1979; Foenander, Burrows, Gerschman și Horne, 1980; Frischoltz, Spiegel et al., 1982; Robney, Hollander și Campbell, 1983; John, Hollander și Perry, 1983; Kelly, 1984). Există însă și unele studii care nu au confirmat această ipoteză (Gerschman, Burrows și Reade, 1987; Owens, Bliss, Koester și Jeppsen, 1989).

Tratamentul tulburărilor anxioase implică psihoterapie, tratament farmacologic sau o combinație a ambelor.

Obiectivele principale ale psihoterapiei și mai ales ale hipnoterapiei în cazul tulburărilor anxioase sunt următoarele:

- expunerea clientului (în plan imaginar sau real) la situațiile anxioase, în vederea deconștientării, obișnuirii sau desensibilizării;
- reevaluarea cognitivă a situațiilor, pentru a modifica modul de percepere a amenințării;
- determinarea semnificației personale (simbolice) a factorului stresant, generator de anxietate;
- dezvoltarea sentimentului de autoeficacitate în lupta clientului cu situațiile stresante, dar și cu simptomele anxietății;
- formarea și dezvoltarea unor strategii adaptative (de coping) pentru a face față stresului.

Terapiile care și-au dovedit eficiența sunt cele comportamentale, cognitiv-comportamentale bazate sau nu pe o intervenție de tip hipnotic sau alte tipuri de terapii, inclusiv unele de orientare psihodinamică. Indiferent ce demers este selectat, acesta trebuie individualizat și adaptat la particularitățile personalității și nevoile clientului.

Cu ajutorul unui antrenament adecvat, majoritatea clienților pot învăța să-și controleze reacțiile de tip anxios. Acest lucru îi determină să fie liberi să se concentreze asupra demersului de rezolvare de probleme sau asupra deconștientării legăturii dintre reacția anxioasă și situația anxioasă.

Tehnicile de management al anxietății vizează mai ales două obiective: reducerea nivelului bazal al anxietății și autocontrolul reacțiilor anxioase acute la stimulii stresanți. Meditația și unele exerciții de yoga pot fi utile în reducerea nivelului anxietății de bază, dar nu și-au dovedit eficiența în abordarea anxietății cu caracter situațional. Există și numeroase alte tehnici menite să-i ajute pe clienți să-și gestioneze reacțiile anxioase. Toate acestea presupun o exersare constantă, pe o durată suficient de lungă de timp. Cele mai eficiente s-au dovedit a fi tehnicile de relaxare, indiferent de forma pe care o îmbracă acestea.

Hipnoza și mai ales autohipnoza și-au dovedit utilitatea în terapia anxietății, pentru obținerea unei relaxări profunde și rapide ce poate fi aplicată în situațiile anxioase, pentru modificarea, prin intermediul sugestiilor, a manierei de percepere a amenințării, precum și pentru creșterea încrederii clientului că va putea face față cu bine respectivei situații. În calitate de comunicare de tip persuasiv, hipnoza poate ajuta la întărirea și fixarea unor achiziții obținute cu ajutorul terapiei cognitiv-comportamentale. (Reamintim faptul că terapia cognitiv-comportamentală postulează faptul că nu atât situațiile stresante,

cât maniera de interpretare a acestora generează stări afective negative și comportamente de tip dezadaptativ.) Clientul va fi învățat să identifice și să combată gândurile negative automate și convingerile disfuncționale care stau la baza acestora și să le substituie cu unele cu caracter mai realist.

Datorită suspendării temporare a gândirii critice, discursive din timpul hipnozei, clientul va fi dispus să accepte mai ușor comunicarea de tip persuasiv, specifică demersului cognitiv-comportamental. Clienții care realizează frecvent comentarii critice, cu conținut negativ, referitoare la ceea ce afirmă terapeutul devin mai disponibili să recepționeze mesajele acestuia atunci când se află în transă hipnotică, devenind mult mai receptivi față de conținutul acestora. Mai mult, suspendarea pentru un anumit timp a controlului critic al rațiunii îl poate face pe client mai deschis și față de interpretări cu caracter alternativ, semnificația unor anumite evenimente și situații, față de propriile abilități de a face față situației, precum și față de rezultatele așteptate.

Atunci când anxietatea are un caracter situațional, terapiile cognitiv-comportamentale bazate pe expunere joacă rolul central. După însușirea tehnicilor de relaxare și/sau hipnoză, terapeutul îl va ghida pe client să se expună gradat și progresiv, etapă cu etapă, la situații progresiv anxiogene pentru a se decondiționa de răspunsul anxios învățat. Desensibilizarea sistematică (Wolpe) presupune stabilirea unei ierarhii de stimuli tot mai anxiogeni cu care clientul se va confrunta treptat, până când anxietatea se va reduce suficient de mult. Dacă desensibilizarea sistematică în plan real (*in vivo*) este adesea dificil sau chiar imposibil de realizat, de cele mai multe ori se utilizează desensibilizarea în plan imaginativ, în cadrul căreia clientul se va confrunta în plan mental cu fiecare situație generatoare de anxietate.

Hipnoza facilitează foarte mult demersul de desensibilizare pentru că trăirile specifice transei hipnotice au un caracter foarte apropiat de realitate, clienții confruntându-se cu situațiile anxiogene ca și cum acestea ar fi adevărate. De asemenea, acceptarea necritică a unor mesaje sugestive va contribui la creșterea motivației și a expectațiilor clienților atunci când trec prin procesul de expunere la situații progresiv anxiogene.

În absența gândurilor negative cu rol de autosabotare, gânduri care mențin anxietatea, demersul terapeutic va avea mai multe șanse de succes. Clienții care suferă de tulburări anxioase se lasă de cele mai

multe ori absorbiți de propria trăire anxioasă. Aceștia nutresc gânduri negative legate de cât de periculoase sunt simptomele, precum și de incapacitatea lor de a face față situației. Disocierea de simptome realizată cu ajutorul hipnozei poate contribui la reducerea reactivității față de situațiile stresante și chiar față de simptomele înseși.

Cel mai frecvent utilizată clasificare a tulburărilor anxioase este cea din cadrul Manualului Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani (DSM-IV, APA, 1994) care distinge:

- tulburarea de tip atac de panică, fără sau cu agorafobie;
- fobia socială;
- fobiile simple (specifice);
- tulburarea de anxietate generalizată;
- tulburarea posttraumatică de stres;
- tulburarea obsesiv-compulsivă.

Atacul de panică

Caracteristica esențială a atacului de panică o reprezintă apariția bruscă a unor simptome anxioase, de mare intensitate, cu componentă fiziologică puternică, spectaculoasă, fără ca subiectul să poată identifica un eveniment precipitator evident. În cazul atacului de panică, o prioritate o reprezintă însușirea de către client a unor deprinderi de a reduce nivelul anxietății de bază și de a câștiga un control asupra episoadelor acute. Aceste obiective se pot realiza cu ajutorul relaxării și a autohipnozei. De asemenea, tehnicile de autocontrol respirator îl pot ajuta pe client să reducă simptomele fiziologice spectaculoase ale atacului de panică.

O altă componentă a terapiei o reprezintă educarea clientului asupra naturii simptomelor și a caracterului lor nepericulos, precum și modificarea conținutului vorbirii interioare care, în loc să-i semnaleze posibile dezastre, va trebui să deruleze gânduri referitoare la faptul că simptomele sunt consecințe ale anxietății, că vor trece fără să pună în pericol viața sau sănătatea pacientului. Clientul trebuie să conștientizeze faptul că simptomele, deși foarte neplăcute, pot fi controlate și acesta nu are motive să intre și mai mult în panică din cauza interpretării eronate a acestora. Terapeutul va aborda și teama clientului că se va face de râs, strategiile fiind asemănătoare cu cele utilizate în cazul fobiei sociale.

A treia componentă a terapiei o reprezintă expunerea gradată la situațiile de care clientul se teme cel mai mult, situații în care se

declanșează de regulă atacurile de panică, situații în care clientul se teme că ar putea fi evaluat negativ de alte persoane sau expunerea chiar la simptomele anxietății. Expunerea la simptomele anxietății se realizează prin intermediul tehnicii hiperventilării realizată în cabinetul de psihoterapie (i se poate cere clientului să inspire și să expire rapid și forțat sau să respire într-o pungă de plastic) după ce clientul și-a însușit în prealabil tehnicile de relaxare și control respirator.

Autohipnoza poate contribui la reducerea stării de panică prin intermediul obținerii unui control asupra simptomelor, în timp ce disocierea de anxietatea pe care o generează atacul de panică poate fi utilizată pentru eliminarea anxietății secundare (anticipatorie), referitoare la teama subiectului că ar putea trăi un atac de panică. De asemenea, hipnoza poate fi utilizată pentru formarea și întărirea convingerii clientului că este capabil să facă față unei stări de anxietate puternică, demonstrându-i-se faptul că poate deține un control cognitiv și comportamental asupra stărilor sale.

Agorafobia

Se caracterizează prin anxietatea puternică, pe care o trăiește clientul, de a se afla în spații deschise, aglomerate sau departe de casă, locuri pe care acesta are tendința de a le evita. Fie că avem de-a face cu agorafobie simplă sau agorafobie cu atacuri de panică, elementul-cheie al terapiei îl constituie expunerea gradată la situațiile de care subiectul se teme, precum și expunerea la simptomele ce caracterizează anxietatea.

Ca și în cazul atacurilor de panică, vor fi însușite la început deprinderi de management al anxietății, care vor fi practicate zilnic. Se utilizează relaxarea, autohipnoza cu imaginație dirijată, precum și tehnicile de control al respirației. Clientul își va dezvolta și vorbirea interioară cu conținut realist, referitoare la natura și consecințele anxietății, la absența unei amenințări reale, precum și la acceptarea simptomelor anxietății ca experiențe neplăcute cărora subiectul le poate face față fără să le evite.

Hipnoza contribuie la formarea sentimentului de securitate interioară pe baza relației stabilite între client și terapeut, de autocontrol asupra componentelor fiziologice și cognitive ale anxietății, precum și la facilitarea expunerii în plan imaginativ care va preceda o expunere în plan real (*in vivo*). De asemenea, „sugestiile” administrate în stare de hipnoză contribuie la creșterea motivației pentru terapie, la

ameliorarea imaginii de sine, și la realizarea disocierii intrapsihice a subiectului față de simptomele anxioase, precum și la întreruperea focalizării excesive asupra acestora.

Fobiile sociale

Se prezintă sub variate forme, cum ar fi: teama de a vorbi în public, de a leșina în public, de a pierde controlul sfincterian, de a vomita sau de a desfășura alte tipuri de activități în public, activități de care subiectul s-ar putea simți jenat.

Jackson și Stanley (1987) au realizat o trecere în revistă a unor posibile explicații pentru natura fobiilor sociale, pornind de la insuficiența dezvoltare a unor deprinderi și abilități de comunicare sau rezolvare de probleme, teama de respingere, gândurile catastrofizante privind consecințele situației de a nu fi acceptat sau de a fi respins, până la intoleranța generală a celui mai mic tip de disconfort. În unele situații, fobia socială poate apărea în calitate de simptom secundar al atacurilor de panică (Leibowitz, 1987).

Problema esențială care va fi abordată în cursul terapiei va fi teama clientului de a fi evaluat în situații sociale. Demersul cognitiv care se produce la acești subiecți constă în transformarea sentimentului de jenă într-o trăire catastrofică, precum și a tendinței firești de a fi aprobați, într-o condiție a supraviețuirii. Demersul terapeutic cognitivist va consta în ajutarea clientului să examineze caracterul irațional al convingerilor referitoare la consecințele dezastruoase ale evaluării de către ceilalți. Se administrează teme pentru acasă, în cadrul cărora subiectul învață să se expună gradat unor situații psihosociale de care se teme.

Pentru unii subiecți sunt utile și exercițiile de confruntare directă și brutală cu aceste situații (de pildă, unui subiect care suferă de fobie socială i se poate cere să se îmbrace în mod ridicol sau să întreprindă în public o acțiune nepotrivită). În afară de o reducere generală a nivelului anxietății, tehnicile hipnotice contribuie la creșterea autostimei și la construirea unei imagini de sine pozitive a clientului.

Sugestiile administrate în stare de hipnoză vor pune accent pe calitățile și succesele subiectului, pe faptul că dezastrul așteptat nu se vor produce, precum și pe faptul că acesta va fi capabil să facă față problemelor sale de viață. Mai mult, utilizarea autohipnozei îi va conferi clientului sentimentul de autocontrol asupra senzațiilor fiziologice caracteristice anxietății. Se va utiliza, de asemenea, și antrenarea

mentul mental în stare de relaxare sau hipnoză, antrenament în cadrul căruia clientul se va vizualiza pe sine calm și relaxt, făcând cu față bine situațiilor psihosociale.

Fobiile specifice

În cazul acestora, desensibilizarea sistematică în plan real sau imaginativ este considerată cea mai eficientă metodă de psihoterapie. Expunerea în plan real s-a dovedit mult mai eficientă, dar și cea în plan mental este utilă, mai ales în cazul în care prima nu poate fi realizată cu ușurință (exemplu: fobie de cutremure, de zborul cu avionul, de furtună etc.). Terapeutul îl va ghida pe client în timpul procesului de expunere la situațiile fobice. Este important ca acesta să înțeleagă modul în care s-au structurat fobiile. Acestea pot să aibă drept cauză următoarele procese: experiența traumatică în situațiile fobice (condiționarea clasică), observarea comportamentului unor persoane care suferă de fobii (învățare observațională), informații eronate cu privire la unele situații descrise ca fiind amenințătoare (învățare cognitivă) sau consecința reducerii accidentale a anxietății ca urmare a ieșirii dintr-o situație căreia i se atribuie un potențial generator de pericole (învățare operantă).

Cunoașterea acestor cauze va facilita demersul de decondiționare și în același timp va conduce la reducerea tendinței subiectului de a se autoblama pentru comportamentul său. Și în acest caz, însușirea unor tehnici de relaxare va facilita procesul de desensibilizare în plan real. Așa cum a subliniat Frankel (1974), pacienții fobici prezintă un nivel mai înalt de hipnotizabilitate comparativ cu alte categorii de subiecți.

Hipnoza va contribui la optimizarea și accelerarea desensibilizării în plan imaginativ, la modificarea atitudinii subiectului față de situațiile anxiogene și la creșterea încrederii în sine a subiectului. Hipnoza va diminua și tendința clientului de a se lăsa absorbit de simptomele sale cu caracter fobic. De asemenea, tehnica hipnotică a regresiei de vârstă poate contribui la descoperirea semnificației simbolice a obiectului fobic sau la dezvoltarea traumei implicate în apariția acestuia (Clarke și Jackson, 1983).

Anxietate generalizată

Terapia anxietății generalizate are în principal două obiective:

- reducerea nivelului anxietății de bază;

- modificarea gândurilor, atitudinilor și convingerilor care activează reacțiile de tip anxios.

Relaxarea și autohipnoza contribuie la creșterea autocontrolului subiectului asupra aspectelor cognitive și fiziologice ale anxietății, iar prin intermediul sugestiilor hipnotice pot fi restructurate gândurile și convingerile negative referitoare la situațiile considerate de subiect ca fiind anxiogene.

Și în cazul anxietății generalizate regresia de vârstă poate contribui la identificarea și eliminarea unor psihotraume timpurii, generatoare de simptome.

XIV

Hipnoza și depresia

Studiile epidemiologice au evidențiat faptul că frecvența depresiei a crescut în ultimii ani de zece ori la populația americană, afectând persoanele născute între 1945 și 1964 (Robins et. al., 1984, cit. Yapko, 1990).

Aceste date sunt interesante deoarece aruncă o lumină atât asupra cauzelor depresiei, cât și asupra strategiilor de tratament. Astfel, se poate presupune că factorii biologici (genetici și biochimici) joacă un rol mai puțin important decât s-a crezut în geneza depresiei, pentru că este puțin probabil ca genele sau elementele biochimice ale organismului să se fi modificat într-un timp atât de scurt. Acest lucru nu înseamnă că nu există nicio bază biologică a depresiei majore, ci doar că sunt relativ puține cazuri de depresie endogenă în adevăratul sens al cuvântului, factorii socioculturali fiind responsabili de apariția și menținerea majorității depresiilor. Numeroase studii au demonstrat rolul factorilor socioculturali specifici societății occidentale în creșterea incidenței depresiei (Schiefflin, 1985 și Seligman, 1988), fiind evident faptul că modelele de gândire, comportament și afectivitate determină riscul apariției acestei tulburări. Acești factori trebuie cunoscuți și influențați în plan psihologic, pentru a trata depresia și pentru a preveni apariția unor noi episoade ale bolii. Inițial, s-a crezut că hipnoza este contraindicată în depresii (Burrows, 1980), considerându-se că aceasta ar putea destructura mecanismele de apărare și așa fragile ale pacientului depresiv, grăbind apariția ideilor și chiar a comportamentului suicidar.

În același timp, partizanii teoriei substituției de simptom erau de părere că înlăturarea depresiei ar putea declanșa la pacient tulburări mult mai grave (Barnett, 1981; Crasilneck și Hall, 1985), după cum alți terapeuți pur și simplu nu au obținut rezultate utilizând hipnoza în depresii (Witzenhoffen, 1989). La ora actuală s-a schimbat concepția cu privire la depresie, dar și la hipnoză ca metodă de psihoterapie. Se

consideră astfel că depresia reprezintă în primul rând o consecință a acțiunii unor variabile inter- și intrapersonale, iar hipnoza nu mai este privită doar ca o psihoterapie centrată pe simptom, ci ca o metodă complexă de restructurare psihică și de generare a unor noi asociații încărcate de sens.

Yapko (1993) subliniază faptul că obiectivul hipnoterapiei constă în distrugerea structurilor psihice dezadaptative și cu caracter limitativ și construirea, în locul lor, a unor mecanisme psihologice sănătoase și eficiente. Dacă inițial acest obiectiv se referea la înlăturarea simptomelor psihopatologice, astăzi tot mai mulți terapeuți își orientează demersurile în direcția amplificării și stimulării resurselor și disponibilităților latente ale pacientului. Hipnoza poate fi aplicată pentru a identifica și folosi modalitățile personale de organizare a experienței subiective și pentru a le direcționa în mod constructiv, așa cum postulează principiul „utilizării” specific ericksoniene (Erickson și Rossi 1992; Yapko, 1990). Stabilirea și adâncirea relației terapeutice, organizarea și mobilizarea disponibilităților ascunse ale subiectului, elaborarea de noi asociații și schimbarea sistemelor de referință reprezintă motive suficiente pentru ca hipnoza să poată fi aplicată terapeutic și în cazul depresiei.

Chiar și inducția hipnotică simplă care se realizează prin intermediul numărării („acum voi număra de la 1 la 20 și te vei... din ce în ce mai...”) are un efect psihoterapeutic în sine, pentru a întrerupe fluxul rumațiilor interioare negative, abate atenția de la trăirea anxietății și a disconfortului și îi produce subiectului o stare de relaxare și o orientare în direcția schimbării. Desigur, această inducție simplă nu produce modificări terapeutice majore, dar poate să-i implementeze clientului ideea că schimbarea este posibilă, element deosebit de important în tratamentul depresiei (Seligman, 1989).

Hipnoza va fi utilizată în terapia pacienților depresivi ca un instrument de intervenție care va amplifica resursele existente și va reasocia experiențele cognitive emoționale, relaționale și fiziologice disociate. De asemenea, hipnoza permite terapeutului să realizeze o intervenție psihologică multidimensională, spre deosebire de alte metode care se focalizează separat asupra cogniției, afectelor sau aspectelor psihofiziologice.

La ora actuală, literatura de specialitate este dominată mai ales de două modele explicative ale depresiei: modelul cognitiv și modelul interpersonal.

I. Abordarea cognitivă

Implică, la rândul său, două tipuri de modele:

1. Modelul lui Beck (1973; 1976; 1987) pune accentul pe distorsionările cognitive care apar în gândirea pacientului deprimat. Aceste erori evidente și previzibile de logică alimentează gândirea negativă care, la rândul său, generează tristețe și disperare. Tratamentul constă în identificarea și corectarea modelelor eronate de gândire prin intermediul unor tehnici precise de clarificare și combatere a acestora (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979; Burns, 1980).
2. Modelul lui Seligman (1989; 1990) se concentrează pe „stilul atribuțional” al subiectului. Acesta reprezintă o structură cognitivă previzibilă, prin care persoana tinde să-și explice sau să explice altora de ce se produce un eveniment și ce semnificație are acesta. Autorul propune identificarea stilurilor atribuționale și utilizarea tehnicilor terapiei cognitive pentru înțelegerea și combaterea modurilor de atribuire care generează depresia.

Cultivarea unei gândiri flexibile, găsirea mai multor explicații plauzibile pentru un eveniment, desprinderea unor concluzii rezonabile, precum și dezvoltarea unor răspunsuri eficiente și adecvate contextului reprezintă obiectivele demersului terapeutic.

II. Modelul interpersonal al depresiei

Klerman, Weissman, Rounsaville și Chevron (1984) postulează faptul că depresia reprezintă consecința unor relații interpersonale defectuoase. Terapia este focalizată pe construirea unor deprinderi de interacționare în mod eficient cu ceilalți, deprinderi bazate pe cultivarea sprijinului și respectului reciproc, pe clarificarea mesajelor transmise, precum și pe o comunicare sinceră și deschisă.

Este evident faptul că ambele abordări explicative ale depresiei sunt centrate pe destructurarea modelelor disfuncționale de gândire și pe reconstruirea unor noi, cu caracter adaptativ, punând accentul pe realitatea prezentă și nu pe descoperirea unor conflicte inconștiente din trecutul subiectului. De asemenea, ambele demersuri terapeutice sunt de scurtă durată; terapeutul joacă un rol activ în timpul terapiei, iar obiectul acesteia îl reprezintă modificarea modului în care gândește sau relaționează clientul și a conținutului a ceea ce gândește sau întreține acesta. Punctul-cheie al demersu-

lui constă în faptul că atunci când se schimbă modelele de gândire și interacțiune ale subiecților se modifică și conținutul acestora. Elementele menționate mai sus demonstrează că hipnoza reprezintă un instrument terapeutic pe lângă alte demersuri utile în abordarea depresiei. Astfel, hipnoza îl poate ajuta pe client să identifice și să înlocuiască mai repede și în mod automat distorsiunile cognitive.

Deși Beck și Seligman nu s-au referit la mentalul inconștient în modul în care au făcut-o hipnoterapeuții, ei au vorbit despre gânduri automate de care subiectul nu-și dă seama, gânduri care trebuie identificate și apoi înlocuite. Hipnoza joacă și ea un rol important în reorientarea atenției subiectului spre orice tip de experiențe interne, inclusiv spre cele de natură cognitivă. Astfel, tehnicile cognitive aplicate în timpul hipnoterapiei îl pot ghida pe client să elaboreze asociații care să-l ajute să identifice și să înțeleagă mai ușor distorsionările cognitive și erorile de atribuire (Yapko, 1992). De asemenea, hipnoza poate fi utilă și pentru identificarea nevoilor proprii și ale celorlalți, precum și pentru realizarea unei mai bune concordanțe și corelări ale acestora în vederea optimizării comunicării.

Yapko (1993, p. 343) subliniază faptul că, indiferent spre ce s-ar focaliza terapia, hipnoza este o tehnică deosebit de eficientă pentru că permite construirea unei legături puternice între contextul situațional și modalitatea dezirabilă de răspuns a subiectului. Hipnoza reprezintă, astfel, o modalitate eficientă de comunicare sugestivă, care poate genera noi asociații la bolnavul depresiv.

Același autor (Yapko, 1993) propune un model de hipnoterapie a depresiei, model care abordează direct sau indirect două structuri psihice caracteristice depresiei:

- stilul atribuțional stabil (Seligman, 1989);
- rigiditatea perceptivă și comportamentală (Zeig, 1980).

a. Stilul atribuțional stabil

Stilul atribuțional al depresivului implică faptul că acesta percepe în permanență că viața este dificilă și neplăcută și că aceste condiții nu se vor modifica niciodată.

Beck (1967; 1973) și Beck et. al. (1979) consideră că expectațiile negative reprezintă o componentă fundamentală a depresiei pentru că depresivul nu își poate imagina faptul că în viitor vor avea loc evenimente pozitive. Yapko (1985; 1989) consideră că bolnavul depresiv

este copleșit de convingerea că starea sa, precum și circumstanțele negative ale existenței nu se vor schimba niciodată.

Datorită acestui fapt, psihoterapia trebuie să-și propună să modifice stilul atribuțional al clientului, cel puțin din următoarele motive:

1. Există o relație directă între stilul atribuțional stabil și motivația subiectului în direcția schimbării. Un pacient depresiv care nu crede că schimbarea este posibilă nu va fi motivat pentru terapie.

2. De ce să continue un depresiv terapia dacă nu este niciun semn că starea sa s-a modificat? Istoria vieții subiectului, precum și tratamentele urmate nu au produs nicio schimbare și nu au făcut decât să întărească stilul atribuțional stabil al subiectului.

Pe aceste observații se bazează utilizarea hipnozei, încă de la începutul terapiei, pentru construirea unor expectații pozitive în legătură cu posibilitatea schimbării (Yapko, 1988; 1992). Este evident faptul că, dacă depresivul nu este orientat să-și reprezinte în mod concret viitorul într-un viitor pozitiv și realist, scad simțitor motivația și probabilitatea participării subiectului la psihoterapie. Hipnoza poate fi utilizată pentru a construi un sistem de expectații pozitive și pentru a dezvolta la pacient un stil atribuțional flexibil. În cadrul inducției hipnotice simple, terapeutul va sugera clientului faptul că viața se poate modifica în sens pozitiv. Sugestiile posthipnotice vor fi apoi utilizate pentru a generaliza expectațiile pozitive și în alte zone ale existenței subiectului, pentru că, altfel, stilul cognitiv concret al pacientului depresiv îl va determina pe acesta să-și restrângă noile experiențe dobândite doar la situațiile specifice asupra cărora s-a lucrat.

În continuare este prezentat procesul terapeutic de construire a expectațiilor în timpul hipnoterapiei (Yapko, 1993, p. 345):

1. Identificarea orientării temporale dominante a subiectului (trecut, prezent, viitor).
2. Identificarea sistemului dominant de reprezentare a persoanei (vizual, auditiv, kinestezic).
3. Identificarea stilului cognitiv (concret sau abstract; global sau centrat pe detaliu).
4. Identificarea obiectivelor (la ce se referă expectațiile subiectului).
5. Inducția hipnotică; construirea unui set de răspunsuri în direcția hipnozei.
6. Metafore menite să sugereze inevitabilitatea schimbării.

7. Accesarea unor informații de tranziție care să-și aibă rădăcinile în istoria vieții pacientului.
8. Identificarea, în trecutul subiectului, a resurselor personale ale acestuia.
9. Identificarea unor situații viitoare care impun noi modalități de răspuns.
10. Identificarea resurselor psihice pozitive, pentru a face față situațiilor viitoare.
11. Repetarea noilor secvențe de răspuns în plan comportamental, cognitiv și afectiv.
12. Generalizarea resurselor psihice pozitive și la alte situații contextuale.
13. Sugestii posthipnotice pentru integrarea experienței învățate.
14. Reorientarea subiectului către starea de veghe.

Obiectivul terapiei constă în implementarea sugestiei că „viitorul nu va fi identic cu prezentul” și că pacientul dispune de resursele psihologice pentru a depăși dificultățile curente.

Metoda utilizată constă în proiectarea pacientului în viitor (Erickson, 1954; Yapko, 1990). Această „progresie” în viitor are drept scop extinderea resurselor psihologice personale, identificate în trecut, asupra diverselor situații viitoare. Pacientul este încurajat să trăiască în stare de hipnoză experiențe pozitive care se vor petrece în viitor. În prima ședință de psihoterapie, modificările așteptate trebuie prezentate doar în termeni generali:

„Ai descris disconfortul pe care îl simți și care te-a determinat să soliciți ajutor și ai spus că ai dori să te simți altfel, iar tu încă nu știi că vei descoperi repede ceva ce știi de mult... știai că dacă faci un lucru diferit, consecințele vor fi diferite... Imaginează-ți acum o călătorie în viitor... Te vezi pe tine însuși diferit, mai puternic, mai stăpân pe tine, mai sigur, mai binedispus... Revezi cu ochii minții toate hotărârile pe care le-ai luat și observi cum rezultatele acestora sunt pozitive... totul se termină cu bine... Este o mare bucurie să descoperi că ești capabil să-ți modifice după voință gândurile și trăirile... Te simți mândru de faptul că ai lucrat atât de mult asupra ta... Privești tot mai mult în viitor și vezi multe, multe lucruri bune, multe schimbări pozitive... Descoperi tot mai multe moduri de a folosi cele învățate, te dezvolți tot mai mult, devii tot mai puternic, mai stăpân pe tine, mai încrezător, mai optimist”.

Un alt obiectiv al orientării pacientului în viitor constă în sugerarea consecințelor negative ale menținerii modalităților curente de gândire și simțire, cum ar fi, de pildă, trăirea ambivalenței în raport cu schimbarea sau a imposibilității de a lua decizii pentru a se autoajutora. Ținând seama de ambivalența caracteristică personalității depresivului, provocarea în timpul hipnozei a unei experiențe negative poate „forța pacientul să decidă că a sosit momentul schimbării”.

„Progresia” de vârstă are la bază mecanismul sugestiv al „profeției autoîmplinite”, contribuind la aducerea unor consecințe viitoare în prezentul concret.

b. Rigiditatea perceptivă și comportamentală a pacientului depresiv

Rigiditatea perceptivă și comportamentală a depresivului este legată de stilul atribuțional stabil, dar, în același timp, se deosebește de acesta. Motivul pentru care episoadele depresive revin la aceeași persoană nu țin doar de natura afecțiunii, ci și de modul în care acești subiecți reacționează la schimbările din mediu. Individul care dispune de multe resurse interne de a răspunde flexibil la o mare diversitate a experiențelor de viață, făcându-le față cu bine, este mai puțin înclinat spre depresie. Dimpotrivă, subiectul care reacționează în mod rigid, aplicând aceleași mecanisme adaptative la situații noi, are mai multe șanse de a fi lovit de viață și, în funcție de modul în care acesta învinuiește soarta pentru cele întâmplate, să dezvolte o reacție depresivă.

Rigiditățile la nivelul gândirii, sentimentelor sau comportamentului stau la baza tulburărilor psihice, în general, și a depresiei, în mod special. De îndată ce terapeutul a sugerat posibilitatea schimbării, pacientul este mai deschis către modificări în perceperea propriei sale situații, acesta începând să speră că există modalități de a-și rezolva problema prin intermediul terapiei. Cu ajutorul terapeuților, pacientul va fi capabil să întrevadă posibilitatea construirii unor alternative posibile.

Prezentăm mai jos *procedeele hipnotice utilizate pentru facilitarea schimbării* (Yapko, 1993, p. 337):

- 1) inducția hipnotică;
- 2) elaborarea unui set mental bazat pe receptivitate;
- 3) introducerea metaforelor care reflectă schimbarea;
- 4) utilizarea unor metafore care reflectă rigiditatea;
- 5) evidențierea abilităților personale în direcția schimbării;

- 6) identificarea resurselor adaptative în contextele curente și viitoare;
- 7) extinderea resurselor existente asupra situațiilor curente;
- 8) anticiparea și integrarea resurselor adaptative;
- 9) sugestii posthipnotice pentru punerea automată în funcțiune a noilor modalități de comportament în contextele adecvate;
- 10) revenirea și reorientarea către starea de veghe.

Mesajele sugestive administrate în hipnoză în vederea facilitării schimbării sunt următoarele:

„Sunt multe modalități de a atinge un obiectiv.” „Dacă ai eșuat, încearcă o altă abordare.”

„Renunță la rutină și caută răspunsul potrivit.”

„Schimbarea este inevitabilă.”

Hipnoza, prin ea însăși, accentuează flexibilitatea mentală pentru că modelează această particularitate în cadrul relației psihoterapeutice. Sugestiile hipnotice adecvate în cazul depresiei trebuie să se adreseze structurilor cognitive ale subiectului. Acestea pot fi utilizate pentru a determina o persoană „blocată” să caute interpretări sau soluții alternative. De asemenea, utilizarea metaforelor poate sugera în mod direct posibilitatea schimbării.

Metaforele se aplică în fazele incipiente ale terapiei și au drept scop construirea atitudinii de acceptare a ideilor și strategiilor legate de schimbare. Ele se referă la etapele de tranziție din viață, în general, sau din cadrul istoriei personale a pacientului (Yapko, 1988). Facilitatea flexibilității mentale reprezintă un obiectiv ce trebuie urmărit pe tot parcursul terapiei, clinicianul administrând mereu mesaje care să sugereze faptul că schimbarea este posibilă.

Studiu de caz (Yapko, 1993, p. 348)

Roland, un bărbat în vârstă de 65 de ani, suferă de un episod depresiv invalidant. Pacientul acuză tulburări de somn, anxietate, gânduri cu conținut negativ, tendință de retragere din fața vieții și sentimente de tristețe. Simptomele l-au împiedicat pe subiect să-și continue activitatea ca inginer proiectant. Boala a debutat în urmă cu patru luni, după o operație de hernie. Înainte de intervenție, Roland a avut dureri foarte mari pe care le-a interpretat într-un mod catastrofic, crezând că are cancer. Diagnosticul de hernie i-a produs o oarecare ușurare, dar acesta a început să se gândească la faptul că a îmbătrânit și că hernia reprezintă primul semn de deteriorare a organismului. Pa-

cientul a început să rumineze gânduri legate de starea sa de sănătate, interpretând fiecare senzație ca pe un semn de boală. Acesta a afirmat că depresia sa este intensă, blocantă și incurabilă pentru că știe că este bătrân și deteriorat, că viața lui s-a terminat și că nu are nicio perspectivă în viitor, în afară de degradare și moarte. Subiectul mai avea șase săptămâni până să se poată pensiona, dar a fost incapabil să se întoarcă la lucru pentru a-și completa vechimea necesară.

Roland mai fusese tratat de un psihiatru, care îi prescriesese medicamente antidepresive, la care a reacționat prost, și de un psiholog, ce îi recomandase să-și exprime deschis sentimentele de ostilitate legate de faptul că a îmbătrânit. Această abordare l-a făcut să se simtă și mai deprimat, motiv pentru care a renunțat la psihoterapie. Starea sănătății fizice a subiectului era mult mai bună comparativ cu a altor persoane de aceeași vârstă, problema sa fiind ruminarea în plan cognitiv a unor gânduri negative, precum și faptul că nu aștepta nimic pozitiv de la pensionare și nu-și făcea planuri de viitor.

Obiectivele psihoterapiei au fost următoarele:

1. Facilitarea unei orientări pozitive în raport cu viitorul (expectații pozitive pentru viitor).
2. Formarea unui stil atribuțional flexibil, schimbător în raport cu evenimentele de viață.
3. Construirea unui mod flexibil de abordare a vieții cotidiene (lărgirea repertoriului de activități și generarea unor preocupări noi, în care pacientul să se simtă implicat).
4. Facilitarea unei interacțiuni pozitive cu propriul corp în vederea stopării preocupărilor cu caracter ipohondriac.
5. Reconstruirea sentimentului valorii personale care să rezulte și din alte activități în afară de muncă.

Psihoterapia a durat 13 ședințe, dintre care 10 au fost concentrate în patru luni și jumătate, iar ultimele trei s-au realizat după trei luni. Hipnoza s-a utilizat pe parcursul a nouă ședințe de psihoterapie. În prima ședință de terapie, hipnoza a fost indusă în scopul realizării relaxării fizice și psihice.

Ideea de la care s-a pornit a reprezentat-o sugerarea indirectă că există și alte experiențe care merită să fie trăite și care nu țin de logică sau de rațiune. Ședința de psihoterapie a urmărit ca pacientul să constate faptul că există și alte lucruri care merită atenție și despre care el nu știe, viziunea sa cu privire la lume și la propria persoană având un caracter limitat. Această abordare a contribuit la destabilizarea stilu-

lui său atribuțional referitor la sine însuși și la viață, creând premisele apariției unei raze de speranță. De asemenea, focalizarea atenției asupra senzațiilor agreabile specifice transei a sugerat ideea că subiectul poate să-și perceapă corpul într-o manieră pozitivă.

La următoarea ședință de hipnoză s-a accentuat ideea că pacientul nu-și controlează în totalitate propriul destin și că există unele lucruri care sunt necontrolabile, dar care trebuie acceptate (vremea de afară, anotimpurile, etapele vieții etc.). Sugestiile administrate au avut drept obiectiv redirecționarea tendinței pacientului de a controla incontrollabilul. Această idee a fost întărită și în cursul celei de-a treia ședințe de hipnoză. După aceste intervenții, Roland a început să lucreze cu jumătate de normă, iar după două săptămâni, cu normă întreagă. În continuare, terapeutul l-a ghidat pe pacient să exploreze în timpul transei și să afle ce activități i-ar plăcea, indiferent de așteptările celorlalți față de el. Au fost administrate idei cu caracter metaforic în care era vorba de personalități publice care în viața particulară nu erau ceea ce păreau să fie. Terapeutul a prezentat și o metaforă menită să sugereze autoexplorarea în zone mai profunde ale psihismului. Metafora s-a referit la scufundătorii care explorează fundul oceanului, spre deosebire de înotători, care au doar o viziune de suprafață a acestuia. Această ședință de hipnoză l-a pregătit pe subiect să învețe să reacționeze la interesele și preferințele sale personale.

După a patra ședință de hipnoterapie, pacientul s-a înscris la un curs de filosofie și a început să facă plimbări lungi pe plajă. Obiectivul următoarei ședințe de hipnoză a constat în întărirea schimbărilor în plan fizic pe care le-a observat subiectul. Acesta a afirmat faptul că somnul s-a ameliorat și a pus acest lucru pe seama autohipnozei pe care a început s-o practice. Sugestiile s-au focalizat asupra unor senzații agreabile, legate de perceperea corpului propriu, senzația plăcută a apei calde la duș, senzația agreabilă trăită atunci când corpul se întinde în pat etc. Terapeutul a urmărit să redefinească aceste senzații corporale ca fiind plăcute și nu suspecte sau amenințătoare. Sugestiile au mers de la sugerarea unor senzații externe către unele de natură internă (senzația care apare la extensia unor mușchi, senzația plăcută de foame, care precede o masă bună, senzația de oboseală agreabilă dinaintea somnului etc.).

Redefinirea senzațiilor corporale a avut loc în cadrul celei de-a șaptea ședințe de hipnoză, când terapeutul a continuat să întărească

interesele exterioare ale pacientului. Astfel, acestuia i s-a sugerat să facă măcar un lucru spontan în fiecare zi, acesta alegând să se apropie de persoane străine cu care să intre în discuții. Cu acest prilej, Roland și-a redescoperit simțul umorului. A noua ședință de hipnoză a fost dedicată asocierii ideii de pensionare cu sentimentul de libertate și cu posibilitatea de a se ocupa de propriile probleme, care i se păreau ridicole sau banale atunci când lucra. Terapeutul a prezentat o serie de modalități de petrecere a timpului liber, etichetându-le ca fiind banale. Pacientul, aflat în transă, a reacționat imediat, afirmând pe un ton iritat că activitățile respective nu pot fi considerate astfel pentru că cei care le practică se bucură de ele. În felul acesta, Roland și-a apărut dreptul de a face ceea ce dorește, în ciuda părerii celor din jur. Acest element al terapiei a fost foarte important, pentru că l-a determinat pe pacient să nu mai acorde valoare lucrurilor sau situațiilor doar în raport cu criteriul utilității.

În cadrul următoarei ședințe de hipnoză i s-a cerut subiectului să revadă în plan imaginativ toate schimbările pe care le-a trăit de când a început psihoterapia: normalizarea somnului, reîntoarcerea la lucru pentru completarea vechimii și apoi pensionarea în condiții normale, practicarea regulată a unui program de exerciții fizice, stabilirea unor contacte sociale cu alte persoane, dezvoltarea spontaneității și angajarea în alte tipuri de activități decât cele desfășurate până la momentul respectiv. Au fost administrate sugestii posthipnotice pentru întărirea elementelor învățate și pentru actualizarea abilităților dobândite la momentul oportun. Toate aceste obiective au fost îndeplinite în cursul celei de-a zecea ședințe de psihoterapie. Ședințele de psihoterapie care au urmat și care au avut loc lunar au urmărit întărirea achizițiilor dobândite.

După un an, interviul clinic a evidențiat menținerea succeselor obținute în urma psihoterapiei. În acest caz, hipnoza a fost utilizată pentru a genera și a întări anumite comportamente adaptative învățate și pentru a stabili noi asociații în avantajul pacientului. Hipnoza a jucat un rol foarte important în mobilizarea resurselor latente ale pacientului în direcția unor schimbări pozitive și de durată în sfera comportamentului. Strategiile terapeutice au atacat cele două mari atitudini specifice comportamentului depresiv: lipsa de speranță și neajutorarea.

Yapko (1993) subliniază că hipnoza nu este curativă prin ea însăși, ci prin faptul că stimulează asociații și modificări pozitive în plan cog-

nitiv, afectiv și comportamental. Din acest motiv, hipnoza poate fi utilizată cu succes în corectarea distorsiunilor cognitive și în modificarea comportamentului.

În cazul lui Roland este vorba de suprageneralizare: un episod tranzitoriu — intervenția chirurgicală pentru hernie — va atrage după sine un lanț de catastrofe. Mai ales primele două ședințe de psihoterapie au urmărit să-i sugereze pacientului faptul că unele circumstanțe negative au un caracter tranzitoriu. În felul acesta, a fost trezită speranța clientului și motivația participării la tratament, hipnoza fiind utilizată astfel pentru a corecta erorile la nivelul stilului de gândire. Comentând cazul prezentat, autorul (Yapko, 1993) consideră că hipnoza reprezintă mai curând un catalizator pentru a comunica subiectului sugestiile terapeutice și pentru a facilita trăirea unor noi experiențe pozitive.

Prezentăm în cele ce urmează un alt studiu de caz, adaptat după Yapko (2001)

Mike, un profesor în vârstă de 34 de ani, a mai consultat o serie de terapeuți înainte de a realiza ședința de hipnoză cu autorul. Acesta nu avea niciun fel de experiență anterioară în ceea ce privește hipnoza.

Interviul clinic

Terapeut: Bună ziua. Cum te numești? Cu ce aş putea să te ajut?

Mike: Mă cheamă Mike și de mai mult timp port cu mine o povară de sentimente negative... povară care mă afectează în viața de zi cu zi. Nu-mi place să am timp liber... mereu îmi aduc aminte de lucrurile care s-au petrecut mai demult...

T.: Povară de sentimente negative? Ce vrei să spui cu asta?

M.: Ce simt? Sau de unde a apărut asta...? Sau...

T.: Tot ce crezi că este important.

M.: (râde forțat)... durează de 34 de ani... un eveniment negativ

Comentarii și analiză

Se observă orientarea spre trecut, specifică depresivilor.

Se solicită definirea termenilor.

Terapeutul este interesat de modul în care clientul își evaluează trecutul și simptomele, precum

după altul... tot felul de necazuri. Cred că multe vin de la tatăl meu.

Am avut multe probleme în copilărie... am primit palme... pumni... m-au făcut în toate feburile. Am fugit de multe ori de acasă... am stat la o mătușă... la internat...

T.: Ai un trecut cam încărcat de evenimente. Aș dori să știu cum ți-a afectat acest trecut alegerile pe care le faci astăzi?

M.: Nu prea știu exact încotro să o iau... mereu îmi vin în minte evenimentele trecute... Parcă aș fi prins într-o capcană din care nu pot ieși.

T.: Prins în capcană? Ce te împiedică asta să faci?

M.: Mă împiedică să funcționez majoritatea timpului... parcă am o greutate care mă trage în

și tipul său de atribuire. Clientul are un stil atribuțional global și o gândire de tip dihotomic (întreaga viață a fost rea). Un obiectiv al interviului va fi sugerarea faptului că viața niciunei persoane nu este numai bună sau numai rea. Mike prezintă și un mod de atribuire externalist, dând vina pe tatăl său, fapt ce îi creează un sentiment de victimizare.

Clientul relatează o istorie a vieții plină de abuzuri fizice, emoționale și verbale. Se constată lipsa unei încărcături emoționale, ceea ce evidențiază faptul că pacientul și-a povestit istoria de multe ori. Terapeutul dorește să afle în ce măsură incapacitatea de a compartimenta trecutul îi afectează prezentul.

Clientul spune în mod explicit că atunci când se confruntă cu ambiguitatea (incertitudinea) utilizează trecutul ca sistem de referință și nu orientarea către scop. Aceasta din urmă va reprezenta un obiectiv terapeutic. Trecutul nu reprezintă un cadru bun de abordare a viitorului, de aici și sentimentul clientului de a fi prins în capcană.

Care este obiectivul terapeutic al lui Mike? Ce ar face el mai bine dacă nu ar fi prins în capcană?

jos... sunt căsătorit... am doi copii și starea asta pare să îi afecteze și pe ei... apare între noi o distanță emoțională, înțelegeți, nu-i așa?

T.: Cum izbutesc experiențele tale trecute să creeze o distanță emoțională între tine și familia ta?

M.: Atunci când vorbesc cu oamenii observ expresiile feței lor, cuvinte... mirosuri sau orice altceva și mi se pare că sunt ca niște imagini, ca niște diapozitive care se declanșează atunci când cineva spune ceva, orice și apoi... pentru mult timp, parcă sunt pe altă lume... mă gândesc...

T.: Te gândești... la ce anume?

M.: La tot felul de lucruri trecute care mă tulbură. Poate că ar fi trebuit să gândesc altfel, nu-i așa?

T.: Îți spui tot felul de lucruri în gând?

M.: Mă simt prizonierul acestei situații. Mă critic mereu și mă îndoiesc de mine.

Clientul dorește pur și simplu să funcționeze la nivel normal în viața de zi cu zi. El simte că depresia lui îi afectează familia. Depresia și retragerea sa reprezintă un factor de risc pentru familie, și acest element trebuie să fie abordat în cursul terapiei. Întrebând „cum” și nu „de ce?”, terapeutul își propune să întrerupă sau să modifice o secvență de comportament, aplecarea spre trecut și încercarea de a găsi cauzele stării actuale. Clientul descrie faptul că are imagini de tip „flashback” care îl deconectează de persoanele prezente. Este vorba de o orientare internă specifică depresivilor și persoanelor traumatizate și care va deveni un obiectiv al terapiei. Subiectul se află într-o stare de autohipnoză cu conținut negativ, în acest moment terapeutul decide să utilizeze capabilitățile hipnotice ale clientului pentru a-l redirecționa pozitiv.

Terapeutul își propune să verifice nivelul ruminărilor cu conținut depresiv. Clientul repetă la nesfârșit evenimente din trecut.

Terapeutul definește o secvență pe care își propune să o

T.: Mereu îți trec prin minte comentarii negative despre tine, despre modul în care realizezi lucrurile?

M.: Mereu.

T.: Și totdeauna le acorzi atenție?

M.: De foarte multe ori. Nu pot spune că tot timpul; cred că majoritatea timpului.

T.: De unde știi că merită să ascuți „vocea ta interioară”?

M.: (capul plecat, pauză lungă) Nu știu.

T.: Ți s-a întâmplat vreodată să descoperi că unele lucruri care se învârtesc în mintea ta nu îți sunt de folos și că nu merită să te concentrezi asupra lor?

M.: Ei bine, au existat și momente când am gândit așa despre ce a spus cineva... când

întrerupă printr-o intervenție terapeutică.

Clientul descrie modul în care este absorbit de ruminății interioare negative, realizează o autohipnoză cu conținut negativ. Terapeutul dorește să verifice cât de persistente sunt ruminățiile negative pe care le va viza în cadrul intervenției terapeutice.

Clientul afirmă faptul că ruminățiile sale au un caracter omniprezent, întrebarea sugerează ideea că există posibilitatea ca cineva să nu acorde atenție ruminățiilor negative.

Clientul modifică afirmația „mereu” cu „de cele mai multe ori”, redefinire care poate fi semnificativă.

Terapeutul evaluează dacă pacientul dispune de o strategie de discriminare internă sau aplică aceeași măsură pentru toate situațiile, ascultând pasiv „vocea” sa interioară.

Terapeutul identifică un deficit experiențial al clientului, și anume incapacitatea de a face distincția între ceea ce merită atenție și ceea ce nu merită.

Terapeutul caută excepții de la acest mod rigid de gândire, pentru a construi o strategie orientată pe soluție.

am crezut că nu merită să dau atenție la toate acestea.

T.: Și chiar ai făcut așa?

M.: Da, uneori, dar mi se pare că vorbele pot lovi mai puternic decât pumnii.

T.: Dar dacă eu te-aș critica, de unde ai ști dacă trebuie să iei în serios spusele mele sau să nu le dai atenție?

M.: Eu iau în serios tot felul de lucruri. Poate fi și o glumă, dar eu am tendința de a o lua în serios.

T.: Bine, dar eu te întreb de unde știi că trebuie să iei lucrurile în serios?

M.: (capul plecat, pauză lungă) Nu știu.

T.: Mi se pare că ar fi foarte bine pentru tine să dezvolt niște mecanisme interne care să-ți permită să decizi când merită să acorzi atenție la ceva și când nu.

Ai putea să-i întrebi și pe alții cum se raportează la vocea lor interioară care îi critică mereu. La mine la cabinet vine foarte multă lume și dacă întreb cine

Clientul afirmă că există și perioade când se poate elibera din capcana negativității.

Se investighează dacă afirmația are o bază suficient de solidă. Pacientul afirmă că strategia nu funcționează și reia într-o altă formă relatarea durerii legate de faptul că s-a abuzat de el.

Pacientul a afirmat că dacă sursa criticii este interioară (el însuși) se simte lipsit de apărare. Terapeutul dorește să testeze și dacă se întâmplă același lucru cu o sursă externă de critică.

Clientul reacționează foarte puternic la orice stimul negativ perceput, chiar dacă este vorba de o glumă. Prin intermediul întrebării, terapeutul avansează ideea că modelul de reactivitate crescut provine din acceptarea pasivă a negativului și că ar fi momentul să lupte activ împotriva acestuia.

Clientul își reafirmă deficitul experiențial, care va reprezenta un obiectiv pentru intervenție. Terapeutul fixează un obiectiv, și anume dezvoltarea unei deprinderi (abilități) care să fie în avantajul pacientului.

Prin intermediul unei metafore se sugerează ideea că simplul fapt că cineva are un dialog interior cu conținut negativ nu

are o părere bună despre sine, unii îmi vor spune că au... e drept, nu sunt prea multe persoane. Când îi întreb pe aceștia din urmă dacă nu au o „voce interioară” care îi critică, ei spun că nu o ascultă, nu-i dau atenție. Atunci când întreb în continuare cum procedează ei, răspunsurile sunt diferite, și asta înseamnă că ei utilizează diverse strategii.

O persoană mi-a spus că face în așa fel, încât „vocea” să sune mai încet, alta își imaginează că ea provine de la un câine care latră și care este legat de un pom, închipuindu-și că se depărtează de acel câine în timp ce un alt subiect mi-a relatat faptul că mai are o altă voce interioară care îi spune lucruri bune despre el.

Interesant este că toți oamenii au acel critic interior, diferența fiind că unii ascultă vocea interioară, iar alții nu. Am învățat foarte multe lucruri de la pacienții mei. Problema este să ai un mecanism interior care să-ți atragă atenția când nu trebuie să ascuți vocea respectivă... spunându-ți în gând că ea nu oferă nimic bun, ci doar te face să rămâi prizonier în capcană. Fără acest mecanism vei fi totdeauna prizonierul vocii respective care nu face decât să-ți spună lucruri negative.

Înseamnă că persoana respectivă trebuie să-i dea atenție, să-l amplifice sau să creadă în ceea ce își spune în gând. Afirmatia că toți oamenii au „un critic interior” contribuie la „depatologizarea” acestui mecanism, precum și la motivarea pacientului să-și formeze anumite mecanisme de a face față situației, în loc să lupte cu o boală.

Prezentarea strategiilor altor persoane îl va încuraja pe subiect să-și găsească propria strategie.

Terapeutul sugerează și ideea că trebuie luptat în mod activ împotriva „criticului interior”. Este reluată sugestia necesității formării unor deprinderi (mecanisme interioare) pentru a nega sau ignora „criticul interior”.

M.: Aveți dreptate.

T.: Ce ar fi dacă vocea interioară ți-ar spune: „Mike, ești extraordinar! Ești cel mai bun! Ești norocos să fii tu însuși!”

Desigur, nu toți oamenii care se simt bine procedează așa, dar îți propun un obiectiv, și anume să-ți construiești un mecanism care să te ajute să nu ascuți „vocea interioară” atunci când nu dorești să o faci. Noi nu putem modifica lumea externă, dar putem schimba ceea ce este în mintea noastră.

M.: De acord.

T.: Atunci când îți vin în minte imagini (amintiri) sau gânduri legate de evenimentele trecute negative, poți să te concentrezi sau nu asupra lor. Te rog să-mi povestești despre perioadele când te-ai concentrat asupra gândurilor și imaginilor negative și despre perioadele când nu ai făcut-o, descriindu-mi ce s-a întâmplat.

M.: Atunci când m-am concentrat asupra lor, ele s-au accentuat... am devenit tot mai trist... chiar mi-a venit să plâng... am pierdut mult timp la serviciu.

În perioadele mai bune am încercat să-mi spun că acele gânduri nu sunt adevărate..., dar știți că nu este ușor să-ți spui „uită-le, dă-le la o parte pentru că nu sunt adevărate...”

Terapeutul utilizează umorul pentru a sublinia faptul că oamenii cu stimă de sine ridicată nu își spun în gând lucruri ridicole, autoflatându-se, ci își formează mecanisme pentru ignorarea sau negarea aspectelor negative.

Terapeutul îi propune un obiectiv pentru focalizarea terapiei și construirea unor expectații în direcția schimbării.

Clientul acceptă ideea.

Clientul descrie faptul că o focalizare asupra unor gânduri produce amplificarea acestora.

Clientul descrie experiențele sale personale care i-au demonstrat că atunci când luptă împotriva negativității se simte mai bine. El subliniază faptul că nu

T.: Da, nu este ușor, dar este vorba de o deprindere pe care merită să ți-o dezvolt. E bine să devii expert în lupta cu gândurile negative... să nu le lași să te subjuge... să încetezi să acționezi ca un magnet care le atrage permanent. Sunt multe metode de a realiza acest lucru. Ai practicat până acum vreo tehnică de focalizare a atenției: relaxare, hipnoză, imaginație dirijată?

M.: Nu.

T.: Ar putea fi o experiență interesantă pentru tine să te lași absorbit de diverse stiluri de gândire și, dacă ești de acord, putem face asta împreună.

M.: De acord.

T.: Simți că este în regulă pentru tine să lucrăm așa?

M.: Da.

T.: Bine. Eu îți voi vorbi despre diferite lucruri, îți voi prezenta diverse idei... diverse posibilități..., iar tu nu trebuie să faci nimic deosebit, dar ceea ce cred eu că se va întâmpla este că ascultându-mă, tu vei fi tot mai absorbit de spusele mele și că acestea îți vor deschide noi posibilități... te vor ajuta să descoperi noi modalități de a reacționa... pentru că nu lumea exterioară este cea care trebuie schimbată, ci modul nostru de a reacționa la ea.

reușește să realizeze acest lucru în mod constant și, de regulă, eșuează. Terapeutul subliniază ideea că nu este ușor să te eliberezi de critică și negativism și motivează clientul să-și dezvolte astfel de abilități.

Introduce ideea că una dintre metodele de formare a unor astfel de mecanisme este hipnoza.

Clientul nu are o experiență anterioară referitoare la hipnoză. Hipnoza este definită ca un proces de absorbție asemănător cu ceea ce face subiectul, dar focalizându-se pe aspecte negative.

I se cere aprobarea pentru a utiliza tehnica respectivă.

Terapeutul solicită încă o dată acordul clientului.

Terapeutul îi explică ceea ce va face pentru ca pacientul să știe la ce să se aștepte. Se stabilește obiectivul terapiei, și anume apariția unor noi posibilități, formarea unor noi modalități de răspuns.

Dacă ești de acord, așază-te comod pe fotoliu și eu îți voi vorbi despre ideea de focalizare a atenției.

Obiectivele terapiei în acest caz au fost următoarele (Yapko, 2001, p.133):

1. Stabilirea raportului și a alianței terapeutice.
2. Modificarea punctului de vedere al pacientului („este trecutul meu care...”) și stabilirea unui obiectiv („este nevoie de o abilitate care să îi permită să ignore feedbackurile negative”).
3. Încurajarea clientului să dezvolte o strategie discriminatorie („ce merită să ascultăm și ce nu”).
4. În perioadele de incertitudine, clientul trebuie încurajat să se concentreze asupra posibilităților viitoare și nu asupra abuzurilor din trecut, atunci când dorește să ia o decizie.
5. Restabilirea relației clientului cu familia sa, încurajându-l pe acesta să se raporteze pozitiv față de membrii familiei sale și focalizarea asupra ideii că familia reprezintă pentru el o sursă reală de optimism și mândrie.
6. Introducerea hipnozei și a altor metode de focalizare a atenției într-o manieră nonamenințătoare, încurajându-l pe pacient să dezvolte și în perspectivă astfel de tehnici de management al simptomelor și de evoluție personală.
7. Combaterea gândirii negative prin modificarea stilului dihotomic de a gândi, precum și a personalizării.

Inducția hipnotică

T.: Așază-te într-o poziție comodă... cât mai comodă. E bine așa. Lasă ochii să se închidă... inspiră și expiră adânc... și orientează-ți atenția către interior... lasă-te absorbit... ca atunci când te orientezi spre trecut și te lași absorbit de toate ex-

Terapeutul începe inducția hipnotică printr-o abordare de tip conversațional.

Se evidențiază modul în care pacientul a utilizat absorbția pentru a rămâne cantonat în capcana trecutului și se sugerează faptul că același proces de absorbție

periențele negative... ești atât de absorbit, încât nu mai întrezești alte moduri de gândire... alte moduri de a simți..., dar este ceva bun în această experiență... pentru că stând liniștit și relaxat... orientat spre interior... vei avea posibilitatea de a explora alte zone ale personalității tale... altele decât experiențele trecute... și vei realiza treptat că tu reprezinți mai mult decât trecutul tău... și această idee apare în momente diferite... în locuri diferite... pentru că eu te voi încuraja să începi să gândești diferit despre tine... să-ți observi părțile... abilitățile care te-au ajutat să faci față... să-ți construiești viața... să-ți faci o familie... o carieră... să realizezi atâtea lucruri... atâtea lucruri frumoase. Te voi invita acum să-ți depășești experiența obișnuită și să afli câteva lucruri importante... vei constata faptul că experiențele tale interioare sunt modificabile... vei observa că respirația ta devine tot mai lentă... tot mai liniștită... mușchii se relaxează tot mai mult... tot mai mult... mintea ta încetează să mai vagabondeze... și treptat, treptat... te descoperi pe tine însuși... descoperi locurile și lucrurile care te fac să te simți bine... îți amintești de lucrurile bune... de oamenii buni pe care i-ai întâlnit de-a

poate fi folosit și pentru a merge înainte. (Se aplică principiul „utilizării”.)

Se sugerează faptul că prin intermediul acestui proces clientul va descoperi lucruri noi. Se sugerează ideea că acesta reprezintă mult mai mult decât trecutul său.

Terapeutul pune accent pe punctele „tari” ale clientului.

Terapeutul încurajează un stil atribuțional flexibil, sugerând ideea că experiențele subiective sunt modificabile. Este combătută ideea că întreaga viață a pacientului a fost rea, prin evocarea unor experiențe pozitive pe care acesta le-a neglijat. Pacientul este încurajat să nu se mai raporteze la trecut.

lungul timpului... îți amintești lucrurile mărunte... care te-au făcut să te simți bine... și înțelegi tot mai profund ce am vrut să spun atunci când ți-am zis că tu reprezinți mult mai mult decât trecutul care te tulbură...

Conștientizezi tot mai mult că ai obiective... scopuri... întrevezi modalitatea în care lucrurile ar putea să se modifice... întrevezi noi posibilități de a te relaționa cu soția ta... cu copiii... modalități de a lega noi prietenii... Devii tot mai conștient că lucrurile pe care ți le spui în gând pot să te facă să te simți diferit... și, pe măsură ce te relaxezi, constăți că poți lăsa în urmă amintirile trecute care te tulbură... observi că ele încetează să te mai atingă, se depărtează... rămân în urmă și te simți tot mai bine... din ce în ce mai bine. Fiecare om posedă o voce interioară care îl critică, dar interesant este faptul că unii reușesc să o ignore... să nu îi acorde atenție... Sunt multe lucruri pe care le-ai realizat și pe care nu ai fi putut să le prevezi bazându-te pe trecutul tău... pentru că noi nu putem prevedea totul... acum 100 de ani, zborurile cosmice... evoluția calculatoarelor...

Ceea ce aș dori să-ți spun este că pentru tine a prevedea viitorul pe baza trecutului devine un demers tot mai dificil, tot mai incomod... pentru că tu începi să te

Se sugerează orientarea către viitor și stabilirea unor relații pozitive cu familia.

Se sugerează și dezvoltarea altor relații pozitive, pentru formarea unor relații suportive. Se încurajează și constituirea unor raporturi pozitive ale clientului cu sine însuși. Se introduce sugestia că trecutul nu este un predictor exact pentru viitor, întărindu-se orientarea subiectului în direcția viitorului. Metaforă care sugerează faptul că trecutul nu conduce la prevederea viitorului.

Se sugerează focalizarea asupra viitorului.

Imaginea zidului îi sugerează pacientului ideea compartimentării experiențelor.

gândești la viitor în alți termeni... începi să umpli viitorul cu alte imagini plăcute... cu alte gânduri pozitive... altele decât cele trecute... pentru că tu reprezinți mai mult decât trecutul tău... iar între ceea ce ai trăit și ceea ce trăiești în prezent sau în viitor se construiește un zid... un zid care separă experiențele trecute de cele actuale... pe cele actuale de cele viitoare... Eu știu că lucrurile care te-au afectat în trecut vor avea o influență tot mai redusă asupra deciziilor tale prezente... asupra celor viitoare... Aș dori să observi că respirația ta devine tot mai calmă, tot mai liniștită... musculatura este tot mai relaxată... pe măsură ce te lași absorbit către interiorul ființei tale... știi că poți pătrunde în interiorul tău unde vei găsi experiențe interesante... experiențe plăcute... simple... ca atunci când realizezi un lucru interesant și neașteptat... care te face să-ți dai seama că ești capabil să trăiești experiențe noi... să percepi lucrurile în mod diferit... să încerci noi sentimente plăcute... Și, încet, dar sigur, construiești un zid între ceea ce a fost și ceea ce este sau va fi... descoperind noi posibilități pentru viitor, noi drumuri de urmat... noi soluții... pentru că evenimentele viitoare nu au avut încă loc..., dar tu ești convins de faptul că ele vor fi po-

Clientului i se sugerează să se bazeze tot mai puțin pe trecut.

Sugestii de adâncire a transei, sugerându-se faptul că subiectul se lasă tot mai mult absorbit de experiențele interne pozitive, altele decât cele negative, de care a fost absorbit în trecut.

Sugerarea ideii că deși realitatea nu este total previzibilă, clientul îi va face față cu bine pentru că are încredere în forțele proprii, în disponibilitățile sale interioare latente, care îi vor permite să rezolve în mod spontan și pozitiv problemele care apar.

zitive... pentru că ai tot mai multă încredere în tine... tot mai multă încredere în forțele tale... pentru că deși lumea nu este sigură, nu este previzibilă... tu ai încredere că poți modifica experiențele tale interioare... poți obține acea intuiție care îți spune că cea mai bună modalitate de a prevedea viitorul este de a-l crea... și prin tot ce faci... prin toate interacțiunile tale cu familia... prin tot ceea ce faci la serviciu... constăți că poți face lucrurile mai bine... poți descoperi ceea ce este bine pentru tine... Pe măsură ce te relaxezi tot mai mult, vei integra cele spuse de mine... le vei înțelege mai profund... le vei folosi în avantajul tău... pentru că îți vei aminti că există mai multe moduri de a răspunde vocilor care evocă trecutul... poți să le faci să sune mai încet ca și cum ai manevra un buton al unui aparat de radio... sau poți să suprapui peste ele o voce care te încurajează... o melodie sau poți utiliza orice altă strategie... pentru că ție îți este clar că nu trebuie să asculți vocea interioară... Acordă-ți atâta timp cât dorești pentru a lucra asupra gândurilor... trăirilor... reacțiilor tale... asupra celor învățate împreună... și atunci când vei considera că a sosit momentul... reorientează-te aici și acum... și lasă ochii tăi să se deschidă...

Sugerarea activismului pacientului în construirea propriei sale realități.

Sugerarea procesării terapeutice asupra sugestiilor administrate.

Sugestii posthipnotice pentru a utiliza o strategie care să-i permită să reacționeze diferit la reamintirea evenimentelor traumatice și la cele spuse de „criticul interior”.

Matei, în vârstă de 39 de ani, conducător auto, se complăce de mai mulți ani într-o stare depresivă provocată de moartea tatălui său, la care nu și-a trăit reacțiile specifice situației de doliu. Anamneza scoate la iveală o serie de conflicte mai vechi avute cu tatăl său, conflicte exprimate în imagini dureroase.

Terapeutul a aplicat regresia de vârstă hipnotică, prin intermediul căreia pacientul a reușit să înțeleagă mai bine natura conflictelor timpurii și să-și trăiască în plan mental reacțiile de doliu.

Procesarea terapeutică a situației de doliu nu a fost suficientă pentru a-l scoate complet din depresie. Deși povara trecutului nu îl mai apăsă atât de mult, pacientul nu dispunea de repere pentru situația actuală. Soția sa, o persoană puternică și ponderată, menținea echilibrul familiei, în timp ce relația lor intimă era aproape inexistentă. Matei se plângea de faptul că ceva neclar îl inhibă și îl constrânge. Stările de anxietate, oboseală și tristețe se manifestau mai ales acasă când se întorcea din cursă. Cu toate acestea, interviul și observația clinică au evidențiat faptul că pacientul dispunea de forța interioară pentru a-și depăși dificultățile. Atunci când acestea deveneau prea accentuate, pacientul se izola și declanșa, în mod paradoxal, o puternică activitate de ruminare interioară și întărire negativă a stărilor proaste.

Tehnica imaginării hipnotice s-a axat pe ideea talentului de conducător auto al pacientului:

„Mulți oameni pot conduce eficient o mașină, executând în mod automat o serie de operațiuni complicate. Ei pot conduce ascultând radioul, discutând cu pasagerii; se gândesc la ceea ce vor face când vor ajunge la destinație, fiind atenți la trafic, la semnele de circulație, la semafoare, fără a face vreun efort. Se poate conduce foarte bine mașina fără să ne dăm seama de vehiculele pe care le-am depășit sau care au venit din față. Gesturile realizate în timpul conducerii sunt automate și integrate într-un ansamblu după o învățare prealabilă. Încrederea în aceste mecanisme este cea care asigură succesul conducătorului auto. Lucrurile bine învățate și integrate vor fi utilizate ori de câte ori în trafic se ivesc probleme. Dacă vei mai avea dificultăți, neazuri, probleme, e de-ajuns să ții bine volanul în mână pentru a-ți regăsi încrederea în sine”.

În cursul ședinței viitoare, terapeutul l-a întrebat pe pacient dacă a trebuit să țină volanul în mână și acasă; pacientul a răspuns negativ, dar a afirmat că a reflectat asupra acestui lucru. Începând din acel moment, pacientul a început să se implice mai mult în viața de fami-

lie, să iasă cu soția în oraș, să invite prieteni etc. În felul acesta, Matei și-a regăsit treptat drumul pe „șoseaua” existenței.

Maria, casnică, în vârstă de 32 de ani, a pierdut o sarcină la 5 luni. Sarcina era dorită și mult așteptată. Pacienta avusese de mai mult timp contracții dureroase care nu au fost luate în seamă de medicul ce o supraveghea. Pacienta a simțit că nu a fost ascultată, apoi a trăit o reacție de furie când medicul care a asistat avortul spontan i-a numit pe cei doi gemeni morți „produse de expulzare”. În continuare, pacienta a trăit stări de furie și depresie, cu reacții agresive față de cei doi medici.

Demersul terapeutic a avut ca obiectiv s-o determine pe pacientă să-și asume decesul copiilor, să le dea un nume, să le facă un ritual de înmormântare și să trăiască reacția de doliu. Botezul simbolic și înscrierea numelui pe monumentul funerar au reprezentat sarcini cu caracter terapeutic.

Hipnoza a fost utilizată pentru a retrăi momentele „nașterii” și ale morții copiilor cu ajutorul tehnicii distorsionării timpului. S-a aplicat și tehnica disocierii pentru a o ajuta să se detașeze de ostilitatea acumulată față de medici și pentru a trăi în plan emoțional stările afective legate de realitatea decesului.

1. Sugestiile și hipnoza în prevenirea depresiei

Yapko (2001) consideră că probabilitatea ca depresia să se producă crește dacă subiecții nu sunt pregătiți să facă față cerințelor vieții.

Pentru prevenirea apariției depresiei sau a recăderilor, terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-și formeze o serie de abilități de autoreglare psihică, dintre care menționăm (Yapko, 2001, p. 151):

- Recunoașterea și tolerarea ambiguității.
- Realizarea distincției dintre fapte și inferențe (supoziții, concluzii trase artificial).
- Dobândirea controlului asupra impulsurilor, precum și asupra modului de gândire cauză-efect.
- Construirea mai multor puncte de vedere asupra unei probleme.
- Acceptarea și utilizarea unicității fiecărei persoane în parte.
- Managementul și prevenirea stresului.

- Construirea și menținerea unor relații armonioase.
- Orientarea în direcția acțiunii.
- Focalizarea pe soluție și pe rezolvarea de probleme.
- Sesizarea unor diferențe contextuale și adaptarea în consecință.
- Dezvoltarea flexibilității, creativității, a capacității de a alege și a capacității de discriminare.

Prezentăm în continuare un model de ședință de hipnoză al cărei obiectiv este prevenția (Yapko, 2001, p. 153):

„Te rog să iei o poziție comodă și să destinzi tot corpul... o poziție în care poți rămâne un timp fără efort, în care te simți foarte bine... relaxat... liniștit..., dar în același timp suficient de atent pentru a te putea concentra asupra lucrurilor pe care ți le voi spune... lăsându-te absorbit de semnificația acestora... înțelegând cele spuse în termenii experienței tale...

Atunci când vei fi gata să te concentrezi spre interior... inspiră și expiră adânc... calm... relaxat... lent... simți cum inspiri și expiri lent... profund și te relaxezi din ce în ce mai mult... tot mai mult... te relaxezi tot mai mult... chiar fără să-ți dai seama... Eu știu și tu știi că este foarte ușor să te lași prins de viața de zi cu zi... pentru că sunt foarte multe obligații de îndeplinit... ai învățat deja că, dacă nu îți acorzi un timp pentru tine însuși... vei deveni stresat... și solicitările vor fi o povară pentru tine... te vei simți depășit de viață..., dar tu ai găsit deja o soluție... sau mai multe soluții... mai multe strategii pentru a-ți controla viața... Ai învățat că poți să îți acorzi un timp pentru tine... pentru a te liniști... pentru a-ți analiza gândurile... pentru a găsi soluții... Ai învățat că nu trebuie să te lași copleșit de trecut..., ci că trebuie să te îndrepti spre viitor... ai învățat să gândești... să găsești o cale pentru ca dorințele să se realizeze... ai învățat care sunt pașii pe care trebuie să-i urmezi pentru ca acele lucruri bune și frumoase să devină realitate pentru tine... Ai învățat că este vital să acționezi... nu doar să gândești... nu doar să contempli... nu doar să analizezi... pentru că adesea ajungi la o răscruce în care trebuie să te hotărăști să alegi o cale... să experimentezi un nou comportament... nu orice tip de comportament..., ci unul la care te-ai gândit bine... pe care l-ai planificat sau pe care l-ai observat la alții care au obținut succes... Continui să analizezi toate posibilitățile... să te oprești asupra soluțiilor realiste... Ai învățat să faci diferența dintre ceea ce este adevărat și ceea ce reprezintă o interpretare subiectivă a ta... devii tot mai experimentat în căutarea adevărului... în adresarea de întrebări... în culegerea de

informații relevante... pe care le utilizezi în luarea deciziilor... Există multe deprinderi de care ai nevoie pentru a duce o viață bună... tu ți le însușești... le perfecționezi și te simți mândru de asta... Ți-ai însușit noi deprinderi de a gândi... de a relaționa cu ceilalți... deprinderi de autocunoaștere... ai învățat să te autoapreciezi... Ești constituit din mai multe părți diferite și poți acum să apreciezi că fiecare parte a personalității tale are o anumită valoare... și este bine să știi ce parte a personalității tale dorește să lucreze... și care să se distreze... care dorește să fie singură și care preferă să fie împreună cu ceilalți... care parte a personalității tale dorește să fie pasivă și care activă... părți ale Eului tău care doresc ca lucrurile să fie complicate... părți care presupun gândire... părți compuse din sentimente... părți care se gândesc la trecut și părți care se gândesc la viitor... poate că există sute de fațete ale personalității tale... Ai învățat că pentru a avea o viață bună trebuie să utilizezi partea potrivită a personalității tale pentru acțiunea potrivită... să fii capabil să folosești partea personalității tale care dorește să lucreze atunci când ai de lucru... și să activezi partea personalității tale care dorește să se relaxeze atunci când ai încheiat lucrul... permițându-ți o plăcută relaxare... să apelezi la partea socială a personalității tale atunci când ești cu prietenii... sau cu familia... sau cu colegii... să te bucuri de prezența lor... și să folosești partea care dorește să fie singură atunci când îți acorzi un timp pentru tine însuși.

Ce înseamnă să trăiești fericit?... Cred că înseamnă să treci de la o situație la alta... cunoscând părțile personalității tale și utilizându-le așa cum trebuie... cu artă... întrebându-te mereu: «Oare ce experiență doresc să trăiesc?»... Și să fii capabil să gândești preventiv... să poți gândi anticipat... să alegi calea pe care trebuie să mergi pentru a ajunge acolo unde dorești să ajungi... să-ți atingi obiectivele pe termen lung... să nu alegi doar căile ușoare și familiare... care te conduc acolo unde nu dorești să ajungi... Este foarte plăcut să-ți dai seama... să realizezi la nivel profund că poți face aceste lucruri... că poți fi așa... că poți trăi viața ca pe o minunată aventură... Poți purta în sufletul tău un puternic sentiment de încredere și de optimism... sentiment care te va întări atunci când te confrunți cu dificultățile vieții... nutrind convingerea profundă că perioadele grele nu vor dura... Vei continua să cauți noi experiențe... să înveți... să observi... să experimentezi... să alegi în cunoștință de cauză... să alegi ceea ce este bine pentru tine... Ai capacitatea și forța de a alege ceea ce dorești să faci... ceea ce îți este favorabil... Vei fi tot mai capabil să recunoști

lucrurile pe care le poți controla... de care ești responsabil... și cele pe care nu le poți controla și de care nu ești responsabil... Te simți foarte bine mergând înainte pe drumul vieții... acceptând noi provocări... ieșind învingător de pe urma încercărilor... dezvoltând ceea ce este mai bun în ființa ta... atunci când te confrunți cu viața pe care tu ți-o conduci... Te îndrepti spre viitor... și te simți mulțumit pentru că știi că porți în tine numeroase deprinderi, abilități și resurse pe care le-ai achiziționat între timp... Folosește aceste resurse în avantajul tău... folosește forța ta interioară... Acordă-ți cât timp dorești pentru a procesa gândurile și sentimentele pe care le-ai trăit... pentru a le integra cât mai bine în interiorul ființei tale... și când te vei simți pregătit reorientează-te treptat aici și acum și permite ochilor tăi să se deschidă.

Revii din relaxare simțindu-te bine, odihnit, revigorat, încrezător în tine și de-a lungul întregii tale vieți, focalizează-te pe ideea că te simți bine”.

2. Intervenții hipnoterapeutice în depresie

Yapko (2006) afirmă faptul că între hipnoză și depresie există unele elemente comune:

- atât depresia, cât și hipnoza presupun focalizarea atenției subiectului asupra unui obiect relativ îngust;
- ambele fenomene sunt condiționate de relațiile cu ceilalți și presupun interacțiuni sociale, fie că este vorba de contextul clinic în care se desfășoară hipnoza, fie că acestea se realizează cu persoane semnificative din anturajul clientului;
- ambele fenomene au la bază expectațiile subiectului: expectații pozitive legate de faptul că mesajul terapeutic corectiv se va fixa la nivelul inconștientului sau expectații negative conform cărora niciun efort depus nu va conduce la un rezultat eficient, element ce caracterizează apatia depresivului;
- în ambele cazuri este valabil principiul conform căruia oamenii se pot lăsa absorbiți de experiențe subiective care le pot modifica și regula calitatea vieții. Aceste percepții și credințe pot să fie influențate prin intermediul sugestiilor în direcția urmărită de terapeut și dezirabilă pentru client.

Procesul prin care pacientul depresiv se lasă absorbit de imageria sa cu conținut trist se aseamănă cu demersul inițiat de hipnoterapeut care, în urma inducției hipnotice prin intermediul sugestiilor specifice, îl determină pe acesta să se lase absorbit de un mod diferențiat de gândire și trăire. Prin intermediul strategiilor hipnotice, terapeutul va crea contextul adecvat pentru ca subiectul depresiv să-și modifice direcția și calitatea focalizării psihice, ceea ce ar putea avea ca efect implicarea în noi activități atractive, deschiderea unor noi posibilități viitoare care l-ar putea motiva, „rescrierea” într-o altă manieră a unor dialoguri interioare cu conținut depresiv, sau, mai precis, modificarea stilului cognitiv, stilului de coping și a stilului relațional. Ceea ce sugerează clinicianul clientului în hipnoză nu este neapărat cea mai obiectivă și cea mai adecvată soluție de viitor, sugestiile ajutându-l pe acesta doar să se simtă mai bine și să privească realitatea într-o altă lumină.

Hipnoza poate fi considerată o posibilitate de a-l învăța pe client noi modalități de a gândi, simți, acționa, de a se integra mai rapid și mai eficient în societate, de a găsi în interiorul ființei sale noi resurse adaptative. Yapko (2006) este de părere că în ciuda prejudecăților care au circulat și mai circulă încă și conform cărora hipnoza ar conduce la pierderea controlului clientului, acest demers presupune exact contrariul, și anume că hipnoza reprezintă o strategie menită să întărească Eul subiectului, să-l ajute să se descopere pe sine, să evolueze în plan personal, creând contextul favorabil ca individul să își dezvolte laturile cele mai bune și mai adaptative ale personalității sale.

Trebuie subliniat faptul că nu hipnoza în sine vindecă depresia (de altfel hipnoza nu vindecă nimic!), ci fenomenele care au loc în timpul hipnozei: apariția unor noi modalități de înțelegere a realității, a unor noi idei, a unor noi modalități de răspuns, a unor noi asociații cu caracter constructiv. De asemenea, specialiștii sunt de părere că nu există un singur tip de hipnoză, aceasta îmbrăcând forme foarte diferite (Haley, cit. Yapko, 2003, pp. 529–531).

Este cunoscut faptul că receptivitatea la hipnoză reprezintă o variabilă individuală care depinde de mai mulți factori:

- Factori ce țin de aptitudinile subiectului: capacitatea de concentrare a atenției, abilitățile imaginative, capacitatea subiectului de a experimenta și fenomenul de disociere intrapsihică, precum și nivelul și conținutul expectațiilor;

- Factori de natură interpersonală: încrederea în terapeut, sentimentul de a fi acceptat, calitatea alianței psihoterapeutice;
- Factori contextuali: iluminarea și zgomotul din cabinet, caracteristicile fotoliului sau canapelei, circumstanțele în care este prezentată și definită hipnoza.

Există mai multe modalități de a conduce hipnoterapia. Astfel, unii terapeuți utilizează o abordare mai tehnică, cu metode de inducție și scenarii sugestive bine structurate, în timp ce alții, mai centrați pe client, extrag de la acesta resursele interioare, construind abordarea într-o manieră mai personalizată.

De asemenea, procesarea terapeutică se poate realiza pe baza unor sugestii cu caracter directiv (clientului i se sugerează să realizeze un anumit lucru) sau mai puțin directiv, cuprinzând scenarii cu conținut imaginativ sau diverse metafore. Nu se poate afirma faptul că un anumit tip de sugestii are rezultate mai bune decât altul, eficiența terapeutică fiind asigurată de maniera în care se raportează clientul la aceste sugestii și în care le integrează. În același timp, maniera de abordare a aceluiași client trebuie să aibă un caracter diferit în funcție de dispoziția afectivă a acestuia, motivație, capacitate de concentrare a atenției sau de alte variabile (Lynn și Kirsch, 2006) și să fie suficient de flexibilă pentru a se modifica în funcție de feedbackurile provenite de la client.

Yapko (2006) realizează și câteva considerații asupra depresiei din perspectiva abordării acesteia cu ajutorul hipnoterapiei. Depresia este considerată cel mai frecvent întâlnită tulburare psihică în cultura occidentală, incidența acesteia aflându-se în creștere, conform datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății, care susține în urma unor studii că această afecțiune reprezintă o cauză majoră a suferințelor și dizabilităților umane (Klerman și Weissman, 1989: Organizația Mondială a Sănătății). Costurile tulburării depresive sunt foarte ridicate în plan social, acestea contribuind la destrămarea unor familii, la scăderea până la anularea randamentului profesional al subiectului, la suferință psihică și fizică și la pierderi de vieți omenești din cauza suicidului.

Din punct de vedere etiologic, depresia reprezintă o tulburare multidimensională, având cauze biologice (genetice, biochimice, ce țin de starea de sănătate fizică), psihologice (stilul cognitiv, abilitățile de a face față stresului — *coping skills*, capacitățile personale și eficiența comportamentului), dar și psihosociale, ce țin de calitatea

relațiilor interpersonale, inclusiv a celor familiale, precum și de repertoriul de abilități sociale. Depresia prezintă o rată înaltă a comorbidității, ea coexistând adesea împreună cu alte tulburări medicale sau psihologice, cum ar fi anxietatea, abuzul de substanțe, tulburări ale conduitei alimentare, tulburări ale personalității sau boli somatice.

Deși marea majoritate a specialiștilor în domeniul depresiei pun accent pe cauzele biologice ale acesteia (de altfel, industria farmaceutică din țările occidentale a investit miliarde de dolari în cercetările care au avut ca efect apariția unor noi medicamente antidepressive, (Yapko, 2006), realitatea clinică a evidențiat rolul important al variabilelor de natură personală și socială în apariția și evoluția depresiei (Pettit și Joiner, 2006). Atunci când cauzele depresiei sunt simplificate, fiind reduse la factori biologici, se induce și ideea eronată că persoanele care suferă de această afecțiune nu se pot schimba (își schimbă doar chimismul organismului). Yapko (2006) este adeptul punctului de vedere conform căruia depresia este mai curând o problemă socială decât una medicală și din acest motiv psihoterapia poate face mai mult în acest domeniu decât orice fel de tratament medicamentos.

Cu toate acestea, nu toate tehnicile de psihoterapie și-au dovedit într-o egală măsură eficiența în tratamentul depresiei. Terapiile care au pus accentul pe achiziționarea unor deprinderi și abilități (de a face față stresului, de a rezolva probleme sociale etc.) și pe angajarea activă a clientului într-un demers terapeutic orientat spre scop au contribuit la obținerea unor rezultate mai bune.

Activarea comportamentală reprezintă termenul comun care reunește aceste demersuri și care presupune angajarea clientului în acțiuni pline de semnificație și orientate spre scop, menite să-l determine pe acesta să întreprindă altceva decât a întreprins până în prezent pentru a se vindeca. Demersul terapeutic va trebui să identifice patternul de stări afective și comportamentale ale clientului depresiv, să-l întrerupă utilizând diverse strategii și să-l înlocuiască cu noi modele de comportament și stări afective cu caracter adaptativ, benefice pentru client.

Hipnoza are, printre altele, rolul de a focaliza atenția clientului asupra acestor noi modele de comportament, afectivitate–reactivitate și interacțiune, și de a le amplifica pe această cale. Conținutul asupra căruia se va focaliza demersul terapeutic și care va fi amplificat va fi

diferit în funcție de profilul personalității și problematica fiecărui client în parte.

Utilizarea hipnozei în terapia depresiei este de dată relativ recentă (Yapko, 2006), decenii la rând hipnoterapeuții considerând că hipnoza nu face decât să întărească mecanismele de apărare ale clientului, să declanșeze comportamentele de tip psihotic sau să le potențeze pe cele suicidare, motiv pentru care aceasta nu și-ar găsi locul în tratamentul tulburării depresive. Cu toate acestea, abordarea clientului ca o persoană și nu ca o etichetă, construirea prin intermediul hipnozei a unor expectații pozitive în raport cu viitorul și actualizarea resurselor interne direcționate spre vindecare reprezintă suficiente rațiuni pentru ca hipnoza să poată fi aplicată cu succes în depresii.

În concluzie, avantajele utilizării hipnozei în depresii ar putea fi următoarele (Yapko, 2006):

- Hipnoza îl ajută pe client să-și focalizeze atenția;
- Facilitează achiziționarea de noi deprinderi de viață;
- Îl ajută pe subiect să-și identifice noi resurse adaptate și, ca urmare, să-și optimizeze imaginea de sine;
- Facilitează transferul de informații dintr-un context în altul;
- Contribuie la realizarea mai facilă a unor asociații între diverse conținuturi intrapsihice;
- Facilitează învățarea la nivel experiențial și o face mai bogată în conținut;
- Îi determină pe subiecți să devină artizanii propriei lor lumi interioare.

Patru intervenții hipnotice de scurtă durată în tratarea depresiei (Stephen Lankton, 2006)

Cercetările cognitive realizate asupra depresiei au evidențiat existența unei relații între dispoziția tristă și reamintirea cu precădere a unor informații cu conținut negativ (Lyubomirsky, Caldwell și Nolen-Hoeksema, 1998; Williams, Teasdale, Segal și Soulsby, 2000).

S-a constatat faptul că aceste amintiri selective au la bază o schemă cognitivă negativă referitoare mai ales la propria persoană, structurată în copilărie, în urma interacțiunii cu persoanele semnificative. Acești subiecți, interogați în legătură cu evenimentele din antecedente, vor relata într-o mai mare măsură decât nondepresivii prezența unor factori stresanți. Este foarte important pentru psihoterapeut să

investigheze domeniile în care clienții depresivi identifică cele mai multe evenimente negative.

Pornind de la aceste date, Lankton (2006) propune câteva intervenții hipnotice.

1. Retrăirea unor experiențe pozitive

Această strategie își are originea în lucrările lui Milton Erickson (Erickson, 1980; Erickson și Rossi, 1979, 1981) și presupune învățarea clientului să identifice și să re trăiască anumite experiențe considerate dezirabile. Se trasează și sarcini pentru acasă, în cadrul cărora acesta va trebui să petreacă un anumit timp reamintindu-și astfel de experiențe. Într-o etapă mai avansată a terapiei, clientul va învăța să se bucure de respectivele experiențe. În prima ședință de psihoterapie, Lankton (2006) recomandă să se treacă relativ rapid peste interviul preliminar și să se acceseze experiențele pozitive, cu sau fără hipnoză. Terapeutul va întări progresele realizate de client. Clientului i se explică importanța reamintirii unor experiențe agreabile și apoi i se cere să se relaxeze după o metodă cunoscută, apoi să evoce o scenă când s-a simțit bine, în deplină siguranță.

Unii clienți depresivi vor afirma că nu își pot aminti experiențe de acest tip. În astfel de cazuri, li se poate sugera să-și imagineze cam ce cred ei că ar putea fi o experiență pozitivă. În cazul în care clientul reușește să evoce măcar o experiență agreabilă, aceasta va fi repetată și în cadrul celorlalte ședințe de terapie. Acestuia i se cere să facă apel la diferite modalități senzoriale (imagini, sunete, mirosuri etc.).

Prezentăm mai jos un fragment dintr-un protocol de terapie adaptat după Lankton (2006, p. 27).

T.: Din cele ce mi-ai spus până acum rezultă că îți faci griji toată ziua și chiar și noaptea. Chiar și visele tale au un conținut negativ și se referă la îngrijorările și necazurile tale. Ai afirmat și faptul că procedezi astfel de mai bine de zece ani.

Maria: Da, așa se pare. Îmi fac griji tot timpul. (Clienta începe să-și descrie în detaliu domeniile care îi produc îngrijorare și nemulțumire.)

Terapeutul: Poți să-mi dai un exemplu de situație când nu faci asta?

Maria: Vă referiți la o perioadă când m-am simțit mulțumită, satisfăcută, poate chiar fericită?

T.: Da. Nu mă aștept să-mi povestești ceva foarte clar. Ai devenit expertă în a depăna lucruri rele care s-au petrecut sau s-ar putea petrece în viitor și ai uitat să te relaxezi, să-ți reîncarci bateriile, să-ți faci ordine în gânduri și să trăiești sentimente de satisfacție și împlinire.

Maria: Nu știu să fac așa ceva. Niciodată nu m-am simțit astfel.

T.: Nu vreau să simplific lucrurile, dar cred că ar trebui să ne întrebăm: „Oare ce face și cum se simte o persoană atunci când trăiește sentimente pozitive? Închide ochii și relaxează-te în fotoliu pentru câteva minute. Relaxează fruntea, umerii, brațele, pieptul... relaxează picioarele... Maria, mentalul tău conștient nu trebuie să facă nimic special. Inconștientul va prelua comanda și treptat vei realiza ce bine este să simți cum mintea conștientă nu întreprinde nimic... Tot ce trebuie să faci este să-ți concentrezi atenția în punctul dintre sprâncene... Curând voi începe să număr de la 1 la 10... și odată cu fiecare număr te relaxezi tot mai mult, tot mai profund, imaginându-ți că te cufunzi cumva în propriul tău creier...”

Nu știu exact când vei reuși acest lucru... dar te vei relaxa tot mai mult... 1... 2... tot mai profund, cufundându-te în creierul tău, 3, 4... tot mai profund 5, 6... tot mai adânc... 7... iar dacă te concentrezi asupra palmei tale, vei observa cum palma devine tot mai calmă... 8... concentrează-te asupra respirației și observă că respirația devine tot mai liniștită... tot mai calmă... 9... 10... tot mai liniștită... Aș dori să observi ce bine te simți atunci când te concentrezi asupra creierului tău... Concentrându-te asupra creierului îl vei face să funcționeze tot mai bine... tot mai bine și, pe măsură ce te concentrezi asupra creierului tău, cuvintele mele pătrund în el. Amintește-ți acum de o experiență plăcută, când te-ai simțit în deplină siguranță, liniștită, fericită...

Amintește-ți de perioada când erai copil și mâncai înghețată... sau poate atunci când te jucai cu un pisoi... sau poate când ai luat premiul întâi și învățătoarea ți-a pus coroana pe cap... sau atunci când ai fost prima oară la mare și te-ai relaxat pe nisipul fierbinte... Lasă lucrurile să se întâmple de la sine... lasă mintea ta conștientă să descopere ce surprize îi face inconștientul... Fă în așa fel, încât imaginile tale să devină cât mai vii... Observă ce vezi... culori... obiecte... ce auzi... ce sunete îți vin în minte... ce spuneau ceilalți oameni... ce le răspundeai tu... Simți mirosuri... poate o adiere de vânt... Caută să-ți folosești toate simțurile pentru a-ți aminti cum a fost atunci... ce ai

simțit... Retrăiește experiența pentru câteva minute cufundându-te cu toate simțurile în ea.

Acum, înainte de a încheia această experiență, concentrează-te asupra corpului tău... observă ce senzație ai în umeri, brațe, picioare... torace, abdomen... Caută să simți senzația de bucurie în piept, în inimă... în tot corpul... păstrând amintirea acelei perioade când ai simțit liniște, bucurie... Când te-ai simțit în siguranță... Lasă această trăire să-ți invadeze trupul și mintea... poți să retrăiești această experiență oricând dorești. Acum eu voi număra de la 10 la 1 și vei reveni din relaxare... păstrând în tine acea experiență plăcută pe care aș dori să o retrăiești de câteva ori pe zi până la întâlnirea noastră viitoare...

10, 9... 8... revii treptat la starea obișnuită de veghe, aici și acum... 7, 6, 5... revii aici în cabinet... 4, 3... revii treptat aici și acum... 2, 1... te afli din nou în cabinet, purtând în interiorul ființei tale acea experiență plăcută.

Maria: Mă simt ciudat... chiar mi-e bine.

T.: Aș dori să te relaxezi de 2-3 ori pe zi acasă, într-un fotoliu, în liniște și să retrăiești experiența plăcută. Poate fi aceeași experiență pe care am avut-o împreună; dar poate fi și altă experiență pozitivă. Pe măsură ce vei exersa, vei observa că atunci când revii din relaxare mai păstrezi pentru un anumit timp acea stare de bine. Experiența ta plăcută va fi ca o floare într-un buchet. Poate ea nu te va face să te simți mai bine chiar de la început, dar cu cât vei exersa mai mult, cu atât vei căpăta deprinderea de a intra în stări afective pozitive.

Clienții depresivi fie că încheie experiențele pozitive prea repede, fie le retrăiesc doar într-o manieră cognitivă fără stări afective însoțitoare. Din acest motiv, terapeutul trebuie să explice clientului ce anume se urmărește și să aibă suficientă răbdare cu acesta pentru a-l dirija să reacționeze plenar, evocând și experiențe senzoriale sau emoționale.

Odată însușit acest exercițiu, acesta contribuie la diminuarea senzației de neajutorare și deplasează locul controlului spre interior și îl ajută pe client să-și acceseze resursele interioare.

2. Confruntarea cu sentimentele de fațadă (substitutive)

Acestea reprezintă stările afective (*Racket feelings*) pe care le trăiește cel mai frecvent un individ, deși nu sunt și cele mai dezirabile sen-

timente. Astfel, o persoană se poate simți adesea abandonată, neînțeleasă, depășită sau iritată. Aceste clișee afective au fost formate în copilărie, când subiectul a „decis” să substituie anumite emoții considerate inacceptabile cu unele acceptabile. Aceste sentimente substitutive, precum și schemele cognitive care stau la baza lor pot conduce la opinia că rezultatele sau efectele nu țin de eforturile persoanei, ele stând la baza neajutorării dobândite (învățate) (Peterson, Maier și Seligman, 1993) și vor domina existența persoanei.

Să presupunem că un individ se simte adesea deprimat și lipsit de speranță pentru că este convins de faptul că nimeni nu îl înțelege și nimănui nu-i pasă de el. Un astfel de subiect nu va fi asertiv în interacțiunile în care este implicat, se va comporta agresiv sau nerăbdător cu ceilalți, fapt ce va conduce la evitarea sau respingerea lui de către aceștia. În decursul existenței sale, el va întâlni persoane care îl înțeleg și persoane care nu îl înțeleg, persoane care au tendința să-l evite și altele care nu îl vor evita. Cu toate acestea, maniera sa negativă de a se comporta va determina faptul că un număr mai mare de persoane să-l evite și să nu-i acorde înțelegere. Subiectul în cauză va supraevalua numărul persoanelor care nu îl înțeleg și îl evită, continuând să concluzioneze că nimeni nu ține la el, nu îl înțelege, întărindu-și astfel convingerile autolimitative. De cele mai multe ori, persoanele depresive nu vor conștientiza contribuția lor în generarea, continuarea și participarea la finaluri cu conținut negativ.

Eric Berne (1972), cel care a introdus pentru prima dată conceptul de „sentimente substitutive”, subliniază faptul că subiecții se vor comporta în mod selectiv, manipulând realitatea socială, astfel încât să-și confirme în mod autodistructiv stările afective dezadaptative. Persoanele depresive posedă, de regulă, unu sau două astfel de sentimente substitutive, iar în anumite cazuri, chiar depresia ca atare reprezintă un astfel de sentiment. Cu toate acestea, mulți dintre acești subiecți nici nu se consideră depresivi, chiar dacă sunt diagnosticați cu această afecțiune. Aceștia își caracterizează stările afective astfel: se simt respinși, nu le pasă de viață, se simt neimportanți sau trăiesc sentimentul „la ce bun?”. Aceste sentimente substitutive au luat locul altor stări afective, neexprimate de-a lungul întregii lor existențe. În practica terapeutică, este indicat ca pacientul să fie ajutat să-și exprime stările afective pe care în mod cronic nu le recunoaște.

Lankton (2006, p. 32) este însă de părere că în cazul terapiilor de scurtă durată un astfel de obiectiv nu este nici dezirabil, nici ușor de

atins, pentru că va consuma prea mult timp, în acest caz fiind mai indicat să se apeleze la resursele interioare pozitive ale clientului. Un obiectiv dezirabil ar fi însă acela ca pacientul să conștientizeze faptul că există situații în care acesta ar avea nevoie să-și exprime sentimentele reale, dar că acest lucru nu este necesar în toate cazurile. Strategia abordării terapeutice a sentimentelor de fațadă se poate introduce după ce s-a consolidat alianța terapeutică (Lankton, 2006, p. 32), deoarece această abordare poate avea un caracter amenințător pentru client, pentru că presupune procesarea unor aspecte de care el nu se simte vinovat. Mai precis, clientul depresiv este de părere că atitudinea celorlalți îi produce stări afective negative și că el nu a contribuit cu nimic la situația respectivă. Utilizarea hipnozei va facilita în mod evident accesarea sentimentelor substitutive.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul protocolului terapeutic (adaptat după Lankton, 2006).

Terapeutul: Ce anume simți sau îți spui în gând atunci când te confrunți cu situații de acest tip?

Andreea: Că nimănui nu-i pasă de mine. Părinților nu le-a pasat de mine, surorii mele nici atât, iar despre fostul soț nici nu poate fi vorba... nimănui nu-i pasă!

T: Crezi că dintre toți oamenii pe care i-ai cunoscut, niciunui nu i-a pasat deloc de tine?

A: Nu am observat să fi fost vreunul.

T: Andreea, mie îmi face impresia că tu ai *selectat* sentimentul legat de afirmația „nimănui nu-i pasă de mine” de multă vreme, încă din copilărie, și continui să folosești această explicație pentru a interpreta comportamentele celorlalți.

A: Nu înțeleg ce vrei să spunei prin *am selectat* acest sentiment. Nu l-am ales eu, pur și simplu s-a întâmplat așa.

T: Andreea, te-aș ruga să te așezi confortabil pe fotoliu și să te relaxezi pentru câteva minute. Dacă dorești să examinezi sentimentele tale într-o manieră mai profundă, vom profita de experiența relaxării. Închide ochii, lasă corpul moale... foarte moale... te relaxezi tot mai profund... așa cum ai mai procedat și altă dată...

Ne vom referi acum la dificultățile pe care le a u copiii să-și exprime adevăratele sentimente... Lasă-mă să-ți explic... În viața reală, părinții au multe probleme... câte dificultăți au ei... poate nu e vorba chiar de părinții tăi... dar se întâmplă ca un părinte să aibă o problemă pe care copilul nu o înțelege... o problemă cu banii... sau

poate o problemă de sănătate... sau poate chiar o problemă sufletească... și din acest motiv părintele poate să nu reacționeze așa cum și-ar dori copilul... Desigur, în stare de relaxare tu poți să adaptezi ceea ce îți spun eu la ceea ce ți se potrivește ție... caută să pătrunzi în adâncurile ființei tale și să descoperi ce anume am vrut să spun cu asta... și pe măsură ce înțelegi aceste mecanisme, vei realiza faptul că părinților tăi le-a părut foarte mult de tine... dar ei nu au putut atunci să reacționeze în modul potrivit... pare să aibă sens ceea ce îți spun acum?

Și pare nepotrivit ca acum, la vârsta adultă, să aduci cu tine același sentiment din copilărie, să-l lași în continuare să te copleșească... Nu pare puțin ciudat să faci asta?... Am învățat asta în practica mea clinică și sunt convinsă că tu ai să înțelegi... Ideea este că, atunci când un copil nu-și poate exprima adevăratele sentimente, acesta le ascunde în spatele altor sentimente care îl fac să se simtă mai în siguranță... Acestea sunt *sentimentele de fațadă* care bruiază comunicarea ca un fel de zgomot de fond... Cred că tu nu ai făcut decât să acoperi sentimentul că te-ai simțit lovită cu cel că nimănui nu-i pasă de tine...

A.: (plânge).

T.: Da, ai acumulat multă tristețe și frustrare... și uneori copilul nu spune nimănui că se simte trist și rănit... mai curând gândește că nimănui nu-i pasă de el... și așa, treptat, de-a lungul vieții ai continuat să le ascunzi celorlalți faptul că te-ai simțit lovită, frustrată, supărată..., iar atunci când astfel de sentimente au încolțit totuși în mintea ta, ai scos la iveală un alt tip de sentiment cum ar fi acela despre care am vorbit și care se exprimă în metafora „nimănui nu-i pasă de mine”... Nu vreau să spun că ai făcut un lucru rău..., dar în felul acesta te-ai autoblocat și nu ai mai observat că există oameni cărora chiar le pasă de tine... pentru că dacă noi nu arătăm cu adevărat ceea ce simțim, nu vom găsi persoane care să răspundă sentimentelor noastre... Are pentru tine sens ceea ce spuns?... Și mă întreb când vei realiza cât este de reconfortant să-ți recunoști adevăratele sentimente și să începi să te simți tot mai bine... tot mai bine... așa cum nu ai mai făcut-o niciodată până acum. Voi număra acum de la 10 la 1 și vei reveni treptat și ușor la starea obișnuită... Atunci când vei reveni complet din relaxare, vei realiza faptul că a sosit momentul să discutăm împreună despre sentimentele și trăirile tale.

După ce clienta a revenit complet, terapeutul o întreabă cum se simte.

A.: (își șterge lacrimile) Nu m-am gândit niciodată la asta... nu știu ce ar trebui să fac... cum să mă comport... doar nu pot să trec pe la toți prietenii și rudele și să le spun că mă simt tristă și rănită...

T.: Ei bine, poate că în anumite situații ai putea să o faci, atunci când este cazul. Poate că unora dintre ei ar trebui să le arăți ce simți cu adevărat. Nu sunt însă sigură de faptul că te simți tristă și rănită chiar de fiecare dată. Ceea ce cred este că tu reacționezi în mod automat fără să te gândești, declanșând modelul din copilărie care sună așa cum am mai discutat: „nimănui nu-i pasă de mine”.

Ce ar fi să notezi ori de câte ori reacționezi astfel timp de o săptămână, pentru a discuta despre asta în ședința viitoare de psihoterapie. Vei constata faptul că este o obișnuință de a te comporta în felul acesta și poate că a sosit timpul să o înlocuiești cu una mai folositoare pentru tine, care să te ajute să te simți mult mai bine.

A.: O să încerc să procedez astfel, deși nu m-am gândit niciodată la asta.

T.: Bine. Aștept cu interes să discutăm în legătură cu sentimentele tale de față.

3. Strategia atribuirii

Odată cu perceperea datelor realității, individul uman le atribuie acestora o anumită semnificație. Unele experiențe sunt considerate pozitive, altele negative, dezirabile sau indezirabile, importante sau neimportante. Procesul de conferire a semnificației poartă numele de atribuire. Tipul de explicație pe care o atribuie un individ unor evenimente cu caracter ambiguu reprezintă un factor important în declanșarea depresiei (Seligman, 1990; Yapko, 2006).

Să presupunem că un individ spune o anecdotă în fața altor zece colegi. Unul dintre ascultători cascadează la un moment dat, deoarece nu s-a odihnit bine noaptea trecută. Clientul înclinat spre depresie îi va ignora pe cei nouă colegi care s-au amuzat la ascultarea anecdotei și se va concentra asupra celui care a căscat, trăgând concluzia că anecdota spusă de el a fost plictisitoare și că el este o persoană lipsită de valoare.

Modalitatea de atribuire a clientului depresiv prezintă următoarele caracteristici:

- experiențele pozitive sunt subevaluate, iar cele negative, supraevaluate;
- clientul scanează datele realității, căutând experiențe cu conținut negativ, cărora le conferă o semnificație personală.

Deoarece în acest caz este vorba despre o rigiditate la nivel perceptiv, hipnoza poate fi utilizată pentru a flexibiliza stilul perceptiv, contribuind în felul acesta la restructurarea cognitivă a clientului depresiv. În ședința de terapie clientul va fi învățat *să-și modifice stilul atribuțional*, concentrându-se asupra unor experiențe pozitive, pe care trebuie să le amplifice.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Corina: Vreți să spuneți că atunci când îmi reamintesc evenimente din viața mea îmi vin în minte cele cărora le-am acordat importanță mai mare?

Terapeutul: Exact. Atunci când îți revizuiești amintirile, te oprești mai mult asupra celor cărora le-ai acordat mai multă importanță, iar dacă aceste amintiri au fost negative, este evident ce anume se întâmplă.

C.: Îmi voi aminti doar lucruri rele și cred că acest fapt mă va face nefericită aproape tot timpul.

T.: Cred că nu mai este nevoie să-ți spun ce alternativă ai?

C.: Să-mi amintesc experiențele fericite.

T.: Ei, nu este chiar atât de simplu. Nu-ți vei reaminti experiențele plăcute decât dacă le-ai observat cândva și le-ai amplificat importanța.

C.: Și atunci ce ar trebui să fac?

T.: Ar trebui să notezi în mod deliberat toate experiențele pe care le consideri pozitive în timpul unei zile; să le exagerezi puțin și să le clasifici... să le pui un fel de etichetă. De pildă, intri într-un birou și toată lumea te salută și îți zâmbește... Ai putea să-ți spui în gând: „Ce oameni prietenoși sunt aici...” Ai putea exagera chiar mai mult, spunându-ți că acești oameni te simpatizează... fii atentă la reacțiile tale, la corpul tău care este relaxat și simte o stare de satisfacție. Este exagerat, desigur, dar de ce nu ai proceda astfel... Corina, cred că ar trebui să începi chiar de acum și să identifici experiențele pozitive pe care apoi să le amplifici.

C.: Înțeleg și nu văd niciun rău în asta.

Yapko (2006) este de părere că după două până la patru săptămâni de practică prin intermediul temelor pentru acasă clienții depresivi încep să relateze tot mai multe experiențe pozitive.

O variantă a acestui exercițiu constă în a-i cere clientului să identifice o experiență de mai mică amploare considerată de el ca fiind negativă prin identificarea a măcar unui element pozitiv în cadrul acesteia.

4. Strategia modificării imaginii de sine

Identificarea dialogului interior al clientului reprezintă o modalitate de accesare a modului distorsionat de a gândi și a stărilor afective dezadaptative. Cu toate acestea, nu este suficientă doar educarea acestuia de a-și monitoriza afirmațiile realizate în limbaj interior și de a le stopa. Unele studii au evidențiat că reprimarea gândurilor negative disfuncționale poate conduce la menținerea și chiar la apariția unor tulburări psihopatologice (Burton, Markowitz și Dietrich, 2006). Unele dintre acestea pot îmbrăca forma unor tulburări obsesiv-compulsive, a unor tulburări posttraumatice de stres sau a unora de tip depresiv.

Persoanele care exprimă gândurile negative au un scor mai ridicat la anxietate, depresie și prezintă un nivel mai scăzut al stimei de sine. Din acest motiv este mai indicat ca pacienții să fie învățați să înlocuiască vorbirea interioară cu conținut negativ cu una de tip constructiv.

Lankton și Lankton (1980; 1983) propun un model experiențial de management emoțional și comportamental denumit „gândirea referitoare la imaginea de sine”. Autorii sunt de părere că acest tip de „gândire” trebuie să devină o deprindere a subiectului, pentru a avea efectul scontat. Studiile realizate de Meichenbaum și publicate de O’Neil (1978) au evidențiat faptul că programul de intervenție terapeutică în plan cognitiv a avut un efect mai mare în reducerea anxietății decât intervenția bazată pe desensibilizarea sistematică având aceeași durată.

Strategia „gândirii referitoare la imaginea de sine” (Lankton, 2006) cuprinde trei componente de bază: nucleul imaginii de sine (imaginea de sine de bază), scenariile și formarea deprinderilor cognitive. Nucleul imaginii de sine (imaginea de sine centrală) reprezintă partea cea mai importantă a programului de intervenție terapeutică. Acest program constă în vizualizarea propriei persoane, precum și a altora trăind la nivel psihologic și psihofiziologic emoțiile pozitive dezirabile. Strategia își propune două obiective: realizarea unor conexiuni psihice și psihofiziologice pozitive, care să susțină imaginea de sine, și realizarea unei intervenții imaginative interpersonale, în cadrul căreia subiectul să interacționeze în mod adecvat cu ceilalți, la început, în plan mental. Această intervenție îl ajută pe client să-și imagineze obiectivele propuse și să lucreze asupra acestora.

Tehnica propiu-zisă se realizează astfel: după inducția hipnotică, clientul este învățat la început să-și vizualizeze fața și corpul cu ochii minții. Acesta va adăuga treptat reprezentării vizuale o serie de caracteristici cum ar fi: încredere în sine, bucurie, eficiență etc. Acest proces se va desfășura în etape:

- Se realizează o listă, orală sau scrisă, a unor experiențe dezirabile. Acestea vor fi descrise sub forma unor etichete cum ar fi: încredere, siguranță, răbdare, curaj etc. De pildă, un client care devine deprimat atunci când se confruntă cu unele bârfe la locul de muncă ar putea alcătui o listă care include sentimente de acceptare, încredere, veselie.

Fiecare client va alcătui câte o listă unică, pentru fiecare situație particulară. Terapeutul va avea rolul de a-l ajuta pe client să identifice acele experiențe pozitive care să fie incluse în listă. Practica a demonstrat faptul că este eficient să se lucreze asupra a trei până la șase astfel de experiențe (Lankton, 2006, p. 41).

- Clientul va învăța să se oprească asupra fiecărui item din cadrul listei și să identifice în trecutul său situații în care a trăit experiențe pozitive asemănătoare și nu identice. Astfel, un subiect care lucrează asupra încrederii în sine atunci când trebuie să vorbească în public nu va trebui să caute în memorie astfel de situații pe care în mod evident nu le va identifica, ci alte situații în care a avut încredere în sine (de pildă când a rezolvat o problemă grea la matematică sau când a realizat un obiect la activitățile școlare practice).
- După ce au identificat respectiva experiență în memorie, clienții trebuie să o facă să devină cât mai vie la nivel de reprezentare, fapt ce va determina și apariția stărilor afective corespunzătoare acesteia. Autorul este de părere că subiectul trebuie să încerce să re trăiască atât de plenar experiența respectivă, încât să fie capabil să o simtă aproape la nivel visceral. Unii clienți reușesc acest lucru mai repede decât alții, dar studiile clinice au demonstrat faptul că în urma repetării aproape toți reușesc acest lucru.
- Este necesar ca subiectul să identifice unii indicatori pentru stările afective dorite (o modificare a posturii, un zâmbet, ridicarea ușoară a comisurilor bucale etc.) și să includă aceste elemente în imaginea de sine pe care o construiește la nivel mental.

- Clientul va repeta acești pași până când va fi capabil să construiască o imagine cât mai clară a propriei persoane, imagine care să conțină indicatorii stărilor afective pozitive dorite.
- Etapa finală a acestui proces de construire a imaginii de sine implică adăugarea altor figuri suportive în cadrul acesteia. Acestea pot fi personaje imaginare, din religie, o figură parentală, un prieten, terapeutul sau un erou dintr-un basm.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul protocolului de terapie, adaptat după Lankton (2006, pp. 42–43).

După inducția hipnotică, instructajul administrat este următorul:
„Maria, aș dori să te relaxezi cât mai profund... cât mai profund și apoi să formezi pe ecranul mental imaginea ta, exact așa cum ești acum. Atunci când ai reușit acest lucru, fă-mi un semn cu capul... Acum pregătește-te să modifici ceva din felul în care te prezinți.

(Pauză 1–2 minute.)

Concentrează-ți atenția asupra resurselor pe care le-am selectat înainte de a începe hipnoza. Ai afirmat că ai avea nevoie de sentimentul că ești apreciată de ceilalți, că ești o persoană interesantă, acceptată... de sentimentul pe care îl încerci atunci când ceilalți nu te critică, de sentimentul care te învâluie atunci când îți asumi anumite riscuri... Să începem cu sentimentul că ești apreciată. Mi-ai spus că te-ai simțit așa atunci când aveai șapte ani și ai dat înapoi telefonul unui copil care îl uitase la tine și pe care ai fi dorit mult să-l păstrezi. Întoarce-te în timp la ziua aceea... Poate îți aduci aminte cum era afară, ce ai vorbit cu copiii... cum arăta telefonul mobil.

Mai devreme sau mai târziu vei avea unele amintiri cu coloratură senzorială... Fiecare om are maniera sa particulară de a-și aminti... Lasă-te purtată în voia cuvintelor mele care te vor ajuta să-ți amintești în maniera ta proprie... felul tău propriu de a-ți aminti... Pe măsură ce îți amintești sunete, culori, voci, cuvinte, imagini... accesează acele elemente și caută să le amplifici...

Lasă-te purtată de imaginație și întoarce-te în timp... întoarce-te tot mai mult în timp la momentul și locul acelea... Mîntea ta conștientă nu va realiza pe deplin ce experiențe îți permite mîntea ta inconștientă să accesezi. Concentrează-ți atenția asupra imaginilor, cuvintelor și mai ales asupra stărilor emoționale... Remarcă toate modificările care au loc în trupul tău... dacă ți-e cald sau rece... observă ritmul respirator... încordarea sau dimpotrivă relaxarea musculară... Lasă stările emoționale să te invadeze din interior. (Maria își

modifică poziția corpului și capătă o expresie mai relaxată.) Maria, readu-ți în minte imaginea ta așa cum ai creat-o acum câteva minute...

Lasă apoi imaginea să se ducă undeva în fundal și concentrează-ți atenția asupra modificărilor fizice care au loc în interiorul corpului tău atunci când trăiești experiența de a fi apreciată... Observă cum umerii tăi se îndreaptă, capul se ridică... și transferă aceste modificări la nivelul imaginii vizuale a propriei persoane... Remarcă zâmbetul care ți-a apărut pe buze... ochii ce devin mai strălucitori și transferă aceste modificări asupra reprezentării vizuale a propriei persoane..."

Aceeași procedură este aplicată și pentru accesarea altor resurse adaptative din trecutul clienței. După accesarea acestora, instructajul administrat este următorul:

„Maria, aș dori să mai introduci o persoană în cadrul tabloului pe care ți l-ai imaginat... Gândește-te la cineva care te-ar putea sprijini, care ar fi de partea ta... bucură-te cu adevărat de faptul că dispui de aceste resurse. Poate fi un personaj din religie, un părinte, un prieten, un erou de basm... orice persoană este potrivită, atâta timp cât ești convinsă de faptul că te va susține în demersurile tale de autoperfecționare... Vizualizează-ți cu ochii minții imaginea cu toate resursele adaptative pe care le-ai identificat, căutând să modifice cadrul..."

O vizualizezi pe Maria la facultate, la seminar sau la serviciu, vorbind cu colegii care nu par să țină seama de părerile ei... Urmărește cu ochii minții cum se poartă Maria, ce face ea, fiind stăpână pe sine și pe resursele câștigate, pe care se poate baza... În timp ce te afli aici, în fotoliu, calmă și relaxată, continuă să vizualizezi și să simți în interiorul tău toate acele resurse nebănuite de care nici nu știai... Atunci când crezi că ai reușit acest lucru fă cu capul un semn afirmativ (da)".

După ce nucleul imaginii de sine (imaginea de sine centrală) a fost construit și exersat, acesta va servi ca fundament pentru alte scenarii care se referă la diverse situații de viață în care clientul se simte stresat.

Scenariile imaginative vor fi elaborate pentru a-i fi de folos clientului care este pus în situația de a face față unor probleme viitoare. Acestea îmbracă forma unor scurte filme imaginative, în care clientul este eroul principal, care dispune de toate resursele sale adaptative și le utilizează atunci când interacționează cu alte persoane.

O etapă importantă în cadrul acestui demers o reprezintă modalitatea de a-l învăța pe client cum să-și utilizeze imaginea de sine po-

zitivă, elaborată anterior pentru a-și dirija comportamentul în diverse situații de viață. (Clientul va repeta în plan mental maniera în care interacționează cu ceilalți având o imagine de sine bună, imagine ce include resursele psihologice asupra cărora s-a lucrat în cursul terapiei.) În cazul în care terapeutul anticipează faptul că subiectul s-ar putea confrunta în viitor cu situații stresante de intensitate crescută, este indicată elaborarea unei ierarhii de astfel de situații de dificultate gradată, de la unele mai puțin anxiogene la unele care pot genera reacții emoționale intense. Clientul se va confrunta în plan imaginativ cu fiecare dintre aceste situații, respectând ierarhia, până când anxietatea descrește și acesta se poate vizualiza pe sine făcându-le față cu calm.

Etapa formării deprinderilor de gândire pozitivă referitoare la imaginea de sine presupune învățarea clientului să detecteze cel mai mic semnal de stres și să înceapă imediat vizualizarea scenariilor învățate.

Pentru a exemplifica cele afirmate mai sus, să ne imaginăm o persoană depresivă care călătorește mult în interes profesional și care afirmă că se simte singură și deprimată în timpul acestor călătorii. Imaginea de sine pozitivă a fost procesată în cabinetul de psihoterapie și include trăirea unor stări afective ce presupun încredere în sine și entuziasm. Acest client va fi învățat să mențină în plan senzorial aceste caracteristici în timp ce întreprinde diverse acțiuni cum ar fi, de pildă, cumpărarea biletului de tren într-o perioadă de aglomerație. Subiectul se va imagina pe sine interacționând cu alte persoane, stând la coadă etc. simțindu-se calm, încrezător și plin de entuziasm. Odată construit scenariul imaginativ, clientului i se va cere să-și reamintească alte situații anxiogene și să identifice cu exactitate stresorul. El va fi solicitat să-și monitorizeze cu atenție trupul și să identifice semnele precoce ale anxietății. Odată identificat cel mai discret semnal, se va trece la vizualizarea unui scenariu pozitiv bazat pe imaginea de sine, elaborat anterior și se va derula acel scenariu până când semnele anxietății dispar.

Procedeu trebuie repetat de multe ori, până când semnele precoce ale anxietății vor deveni un fel de declanșatori automați ai scenariilor imaginative cu conținut pozitiv. Chiar în cazul în care clientul se va confrunta cu noi situații stresante, acesta va avea formate anumite deprinderi de a face față stresului; astfel va pune în acțiune scenarii de viață în cadrul cărora se va vizualiza pe sine abordând

respectiva situație în calitate de persoană care dispune de abilitățile dorite (calm, stăpânire de sine, curaj, hotărâre).

3. Hipnoza în tratamentul simptomelor și factorilor de risc în depresia majoră

Yapko (2006, p. 30) subliniază faptul că depresia reprezintă o urgență medicală și, în același timp, un fenomen foarte larg răspândit. Autorul afirmă că la ora actuală peste 20 de milioane de americani suferă de depresie, incidența tulburării fiind în creștere (Institutul Național de Sănătate Mintală, 1999). Astăzi, fenomenele psihologice și psihosociale generate de criza economică nu fac decât să accelereze și să accentueze fenomenul.

Studiile clinice și cercetările de laborator au condus la câteva concluzii referitoare la depresie (Yapko, 2006, p. 4):

1. Depresia majoră are o multitudine de cauze, dintre care menționăm: factori biologici, psihologici și sociali. Putem vorbi astăzi de modelul biopsihosocial al depresiei (Cronite și Moos, 1995; Thase și Glick, 1995).
2. Depresia are la bază numeroși factori de risc și o serie de simptome asociate (Stevens, Merikangas și Merikangas, 1995). O serie de condiții medicale (cum ar fi boala neoplazică sau bolile cardiovasculare) sau tulburări psihice (tulburări anxioase, abuzul de substanțe) coexistă cu depresia, necesitând un diagnostic diferențial de finețe și o abordare terapeutică pe multiple planuri (Asociația Psihiatrilor Americani, APA, 1994).
3. Depresia poate fi tratată cu succes la majoritatea clienților, cu medicație antidepressivă împreună cu psihoterapie sau doar cu psihoterapie (Schulberg, Katon, Simon și Rush, 1998).

Studiile nu au evidențiat în mod cert faptul că o substanță antidepressivă ar fi mai eficientă decât alta, în schimb s-a constatat că unele tipuri de psihoterapie au avut rezultate superioare. Medicația antidepressivă prezintă anumite avantaje cum ar fi remisiunea mai rapidă a simptomelor și un efect mai evident asupra simptomelor neurovegetative, cum ar fi tulburările conduitei alimentare sau de somn, dar și unele dezavantaje cum ar fi: dificultatea stabilirii dozelor, efectele adverse (negative), dependențele de substanță și

rata mai mare a recăderilor (Altamura și Perducani, 1993; Dubovsky, 1997).

4. Tratamentul psihoterapeutic prezintă la rândul său o serie de avantaje și dezavantaje. Astfel, sistemele psihoterapeutice cu cea mai largă susținere pe baza unor date empirice sunt cele cognitiv-comportamentale și interpersonale. Avantajele se referă la focalizarea asupra construirii de abilități și deprinderi de viață, la rata scăzută a recăderilor, la dezvoltarea personală și la posibilitățile de a pune în acțiune mecanisme de prevenție (Seligman, 1990; Yapko, 1999).

Dezavantajul utilizării tehnicilor psihoterapeutice se referă la rolul important jucat de abilitățile și experiența terapeutului, la intervalul ceva mai lung de timp în care apare remisiunea simptomelor (mai ales a celor neurovegetative: tulburări de somn, tulburări ale conduitei alimentare, creșteri sau scăderi în greutate), precum și la efectele psihologice secundare ce ar putea deriva în urma expunerii la o anumită concepție teoretică sau filosofică a terapeutului (Mondimore, 1993; Thase și Howland, 1995).

5. Studiile moderne de genetică au evidențiat faptul că predispoziția naturală pentru depresie există, dar că aceasta acționează împreună cu variabilele de mediu, putând accentua sau frâna apariția afecțiunii (Silver, 1997). În cazul depresiei majore unipolare, factorii genetici împreună cu cei de mediu (sociali și psihologici) au fost identificați ca având rol în declanșarea afecțiunii (Kaelber, Moul și Framer, 1995), în timp ce în cazul bolii afective bipolare, componenta genetică pare să aibă un rol mult mai mare (Dubovsky, 1997).

Studiile recente evidențiază faptul că relația dintre aspectele biochimice (modificări la nivelul neurotransmițătorilor) și experiențele de viață este biunivocă, în sensul că factorii de mediu influențează fenomenele biochimice cel puțin la fel de mult cât influențează acestea maniera în care subiectul recepționează experiențele de viață (Azar, 1997; Dubovsky, 1997; Siever, 1997). Rezultă de aici că psihoterapia poate reprezenta un mijloc prin care poate fi influențată direct sau indirect activitatea la nivelul neurotransmițătorilor, probabil într-un mod asemănător cu ceea ce se petrece în cazul medicației psihiatrice (Schwartz, 1996).

Studiile realizate de Agenția Americană pentru Calitatea Asistenței Medicale și Cercetare (Agency for Healthcare Quality and

Research, AHQR) au condus la o serie de concluzii referitoare la rolul psihoterapiei în tratamentul depresiei (Yapko, 2006, p. 5):

- Psihoterapiile care s-au dovedit mai eficiente pe baza unor date empirice în tratamentul depresiilor sunt cele cognitive, comportamentale și interpersonale. Acestea pot fi utilizate separat sau în combinație în funcție de *simptomatologia clientului*, și nu de orientarea terapeutului.
- Psihoterapia trebuie să reprezinte un demers activ de colaborare între client și terapeut, demers care să presupună aspecte psihoeducationale de dezvoltare a unor deprinderi și abilități de a face față vieții, sarcini pentru acasă și să utilizeze relația psihoterapeutică pentru a scoate la lumină noi idei cu caracter constructiv și a explora noi perspective.
- Psihoterapia trebuie să fie focalizată nu numai asupra soluționării problemei prezente, ci și asupra formării la client a unor abilități și deprinderi generale de rezolvare de probleme care să permită reducerea simptomelor și prevenirea reapariției acestora.
- O psihoterapie eficientă nu trebuie să conțină o perspectivă istorică, ci una orientată spre scop, dezvoltare de abilități și rezolvare de probleme.

Hipnoza poate fi inclusă ca strategie în cadrul oricăreia dintre aceste abordări, pentru că reprezintă un demers cu caracter activ și directiv. Una dintre cele mai importante modalități prin care hipnoza contribuie la terapia depresiei se referă la modificarea expectațiilor clientului cu privire la eficiența psihoterapiei. (Expectațiile fac trimiteră în acest caz la sistemul de convingeri și credințe al clientului referitor la faptul că strategiile psihoterapeutice vor da rezultate.) Expectațiile pozitive presupun faptul că terapeutul este perceput de client ca fiind credibil și binevoitor, procedura terapeutică este considerată rațională și eficientă, iar conținutul terapiei, adecvat.

Primind informații referitoare la hipnoză, clientului i se va sugera, direct sau indirect, faptul că va obține un anumit beneficiu, ceea ce de altfel se va și întâmpla (Barber, 1991; Zeig, 1980). Problema expectațiilor este una foarte complexă la clientul depresiv, pentru că, așa cum subliniază teoriile cognitive, în cazul depresiei funcționează așa-numita triadă cognitivă negativă ce cuprinde expectații cu conținut negativ asupra viitorului, interpretarea negativă a unor eveni-

mente și autoevaluarea cu conținut negativ a clientului (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979).

Expectațiile negative ale individului cu privire la evenimentele de viață reprezintă un model cognitiv și, în același timp, un factor de risc care este asociat nu numai cu tulburările de dispoziție, ci și cu o stare de sănătate mai precară, cu o adaptare socială mai slabă și cu o productivitate profesională mai scăzută. Mai mult, expectațiile negative au fost asociate și cu o rată mai scăzută a succesului tratamentului (Seligman, 1989; 1990), iar sentimentul lipsei de speranță se asociază cu o serie de conduite suicidare (Beck et al.; Beck, Brown, Berchick, Stewart și Steer, p. 199). Din acest motiv, construirea unor expectații cu conținut pozitiv reprezintă o condiție a eficienței tratamentului (Yapko, 1988; 1992; 1993; 2001a și 2001b), progresia de vârstă realizată cu ajutorul hipnozei reprezentând o modalitate eficientă de a crea subiectului o imagine pozitivă și motivatoare cu privire la viitor. Expectațiile create clientului trebuie să fie pozitive, dar în același timp realiste, oferind șansa ca acestea să se transforme în obiective posibil de atins, verificabile în cadrul demersului de testare a realității.

DSM-IV (APA, 1994) caracterizează depresia printr-o dispoziție tristă pe care subiectul o are în cea mai mare parte a zilei și prin pierderea sentimentului plăcerii pentru activitățile pe care persoana le găsea înainte agreabile. La acestea se adaugă tulburări semnificative ale apetitului cu modificările corespunzătoare ale greutății corporale, dificultăți de somn, agitație, oboseală, sentimente de inutilitate și culpabilitate cu caracter neadecvat, diminuarea capacității de concentrare, idei legate de moarte și suicid și chiar tentative suicidare.

Un studiu transcultural publicat în revista Asociației Medicale Americane (Weissman și colab., 1996) a evidențiat faptul că unele dintre cel mai frecvent întâlnite simptome ale depresiei prezente la subiecți aparținând diferitelor culturi sunt insomnia (nu hipersomnia) și fatigabilitatea. Abordarea insomniei cu ajutorul hipnozei prezintă o importanță majoră pentru că aceasta reprezintă atât un simptom al depresiei, cât și un factor de risc. Mai mult, studiile clinice au evidențiat că există o corelație între insomnie și recăderile viitoare ale clientului depresiv. În cazul în care episodul depresiv se remite, dar tulburarea de somn persistă, subiectul prezintă un risc mai mare de recăderi în viitor (Kravitz și Newman, 1995). Din acest motiv, reglarea somnului cu ajutorul hipnozei (prin relaxare și stoparea rumațiilor cu conținut

depresiv) va contribui atât la tratamentul depresiei, cât și la prevenirea recăderilor.

Un alt aspect important specific depresiei este fatigabilitatea, consecință atât a tulburărilor de somn, cât și a stilului de gândire negativ care îl determină pe client să-și considere problemele insurmontabile și, ca atare, să nu se poată mobiliza în suficientă măsură pentru rezolvarea lor. Hipnoterapia va trebui să acționeze și asupra sentimentului clientului că este autodepășit de multitudinea problemelor și din acest motiv este în permanență obosit. La fel ca și insomnia, fatigabilitatea nu reprezintă numai un simptom, ci și un factor de risc pentru recăderile clientului depresiv. Acesta va trebui să-și însușească deprinderi de a încetini ritmul activității, de a stopa ruminările cu conținut negativ, de a fixa limite între activitatea profesională și viața personală, între perioadele în care rezolvă probleme și cele de somn, hipnoza reprezentând o strategie eficientă pentru atingerea acestor obiective prin intermediul relaxării și sugestiilor specifice.

O serie de elemente importante pe care trebuie să le aibă în vedere hipnoterapeutul care abordează clienții depresivi sunt următoarele (Yapko, 1988, 1997):

- Stilul cognitiv al clientului (abstract sau concret, global sau liniar, stilul atribuțional);
- Orientarea răspunsurilor (Este persoana centrată mai mult pe sine sau pe ceilalți? Este deschisă sau în „gardă permanentă?”);
- Stilul atențional (Procesează subiectul focalizat sau difuz? Se centrează acesta pe aspecte esențiale sau neesențiale?);
- Stilul perceptiv (Se centrează subiectul pe aspectele asemănătoare sau pe cele diferite ale experiențelor? Are acesta tendința de a amplifica sau de a minimaliza elementele percepute?).

Elementul cu cel mai mare risc în declanșarea și menținerea depresiei este probabil stilul atribuțional care se referă la personalizare („Evenimentele negative sunt provocate de mine sau de ceilalți”), permanența (elementele negative sunt considerate ca având caracter permanent sau tranzitoriu) și gradul de generalizare (evenimentele negative afectează toate domeniile existenței subiectului sau numai unele dintre acestea) (Sacco și Beck, 1995). Stilul atribuțional al depresivului se caracterizează prin aceea că subiectul consideră că evenimentele negative au un caracter personal, permanent și global, iar acesta reprezintă în mod evident un risc major pentru recăderi atunci

când evenimentele existenței capătă o coloratură negativă (Seligman, 1989).

Intervenția terapeutică va avea ca obiectiv învățarea clientului să realizeze atribuiri cu caracter realist în fiecare situație particulară, însușindu-și o manieră flexibilă, și nu rigidă, de a interpreta evenimentele existenței (subiectul va trebui să aprecieze când un eveniment are un caracter personal și când nu). Strategiile specifice hipnozei îl vor ajuta pe client să-și interiorizeze un stil cognitiv și mai ales atribuțional cu caracter flexibil. De asemenea, acesta va învăța să țină seama de context, să observe cu atenție ceea ce se petrece în jur (fiind orientat mai mult spre exterior decât spre sine), însușindu-și regula conform căreia orice stil de interacțiune se potrivește uneori, dar niciun stil nu este valabil în orice împrejurare.

Este important pentru clientul depresiv să achiziționeze și alte tipuri de abilități, cum ar fi:

- abilitatea de a identifica și corecta propriile distorsionări cognitive;
- deprinderile de a rezolva probleme de viață;
- abilitatea de a interacționa cu ceilalți într-o manieră pozitivă și încărcată de sens.

Ernest Hilgard, parafrazându-l la un moment dat pe Sarbin (1950), spunea că hipnoza nu este altceva decât credința în forța imaginației (Hilgard, 1988). Se poate spune că și concepția unui individ despre viață reprezintă, de asemenea, un produs al imaginației (Yapko, 2006, p. 13). Astfel, cineva poate considera că existența este minunată și ne oferă multe bucurii, în timp ce o altă persoană o va privi ca pe o povară greu de suportat, aceste convingeri având consecințe evidente în planul vieții personale. Literatura de specialitate a evidențiat relația dintre convingerile unei persoane, starea sa afectivă și calitatea vieții. Astfel s-a constatat că persoanele optimiste sunt mai puțin înclinate spre depresie, beneficiază de o stare de sănătate mai bună, se refac mai rapid după un traumatism sau îmbolnăvire, sunt mai productive, mai centrate pe scop, cu un nivel mai ridicat de toleranță la frustrație, sunt mai sociabile, având un număr mai mare de relații interpersonale apropiate și pozitive (Peterson, 2000; Seligman, 1989; 1990; Yapko, 1997; 1999; 2001b).

Hipnoza poate contribui la restructurarea cognitivă a unor patternuri de gândire negativă de tipul „viața este nedreaptă”, „eu nu sunt

bun de nimic", „nu voi fi niciodată în stare să realizez acest lucru" etc., venind în completarea strategiilor cognitive bine cunoscute.

Yapko (2006) este de părere că factorul de risc cu relevanța cea mai mare pentru apariția depresiei și pentru recăderi se referă la ambiguitate. Ambiguitatea, așa cum este ea înțeleasă în acest context, se referă la absența unui sens clar asociat experiențelor de viață. Evenimentele se produc și adesea semnificația lor nu este evidentă pentru subiect, acesta fiind pus în situația să o descopere singur și să o conecteze la propriul sistem de credințe și convingeri. Deoarece oamenii au dificultăți în tolerarea ambiguității, aceștia vor fi permanent tentați să atribuie semnificații evenimentelor existenței, suferind consecințele atunci când aceste semnificații sunt negative și sunt acceptate ca fiind adevărate.

Ținând seama de această realitate, un obiectiv important al terapiei în general și al terapiei depresiei în mod special îl reprezintă învățarea clientului să tolereze ambiguitatea. Yapko (2006) consideră că acest obiectiv este atât de important, încât ar trebui să preceadă identificarea distorsionărilor cognitive și credințelor iraționale.

Acest obiectiv terapeutic implică următorii pași:

- Recunoașterea gradului de ambiguitate al unor situații;
- Depistarea tendinței de a interpreta respectiva situație într-o manieră negativă, distorsionată, lipsită de obiectivitate;
- Dezvoltarea toleranței la ambiguitate, ceea ce înseamnă ca subiectul să se simtă confortabil până cunoaște ce anume este adevărat sau corect într-o anumită împrejurare.

Abilitățile cognitive necesare subiectului pentru a învăța să tolereze ambiguitatea pot fi achiziționate mai ușor cu ajutorul hipnozei, care contribuie la reducerea anxietății, a rumațiilor cu conținut negativ și permite o abordare globală, mai puțin dihotomică a realității.

Prezentăm mai jos structura unei sesiuni de hipnoterapie care are drept obiectiv învățarea clientului să tolereze ambiguitatea (după Yapko, 1995; 2003; 2006).

Facilitarea recunoașterii și tolerării ambiguității (Yapko, 2006, p.16)

1. Pregătirea clientului pentru hipnoză.
2. Inducția hipnotică.
3. Elaborarea unui set de răspunsuri referitoare la ambiguitate.
4. Prezentarea procesului inferențial. Sugestii/metafore referitoare la inferențe.

5. Introducerea valorii „a ști” (a cunoaște). Sugestii/metafore referitoare la ce „știu” (a cunoaște).
6. Introducerea valorii „a nu ști” (a nu cunoaște). Sugestii/metafore referitoare la ce „nu știu” (a nu cunoaște).
7. Reetichetarea noncunoașterii ca fiind dezirabilă în anumite situații sau contexte.
8. Sugestii pentru a identifica acele situații în care este de preferat să nu știi.
9. Sugestii posthipnotice cu caracter integrativ.
10. Dehipnotizare.
11. Încheierea terapiei.

Sedința de terapie va începe prin stabilirea unei ambianțe adecvate și pregătirea clientului pentru hipnoză. Este indicat să se înceapă prin adresarea unei întrebări de tipul: „Ați mai participat la vreo sesiune de hipnoză (sau relaxare)?” I se poate sugera, de asemenea, clientului să se așeze confortabil pe fotoliu sau pe canapea. Procesul de inducție va începe atunci când terapeutul va capta în mod direct sau indirect atenția clientului, inducția putând îmbrăca un caracter structurat sau conversațional. („Poți să-ți imaginezi cât de plăcut ar fi să închizi ochii și să te lași purtat de imagini relaxante?”)

Funcția principală a inducției hipnotice constă în a facilita un anumit nivel de disociere intrapsihică a clientului, care să permită intervențiile ulterioare. Terapeutul va construi apoi la client așa-numitul *set de răspunsuri afirmative* care să contribuie la creșterea receptivității pentru sugestiile administrate în continuare. Acestuia i se va prezenta o serie de truisme (afirmații atât de evident adevărate, încât el nu are niciun motiv să le respingă), cu care va fi de acord în mod firesc, devenind deschis la ceea ce va spune în continuare terapeutul.

Instructajul poate îmbrăca următoarea formă:

„Îți voi spune multe lucruri care te vor ajuta să te relaxezi și nu știi care dintre ele te va ajuta mai mult să devii tot mai relaxat... să te simți tot mai confortabil... și tu nu știi exact ce anume îți voi spune pentru a te ajuta să devii tot mai relaxat... și nici nu vei observa când vei începe să gândești diferit despre tine... și nici nu-ți vei da seama când va sosi momentul să te simți atât de bine, de relaxat, de confortabil, descoperind în tine noi posibilități”.

Odată cu fiecare sugestie, ambiguitatea este amplificată și primește conotații pozitive. Se administrează sugestii din care să rezulte că

procesul logic (prin care se trag concluzii) este un proces normal, dar nu totdeauna concluziile sunt adevărate, ca în exemplul următor:

„Sunt sigur că ți s-a întâmplat măcar o dată să telefonezi cuiva, să răspundă robotul și să lași un mesaj..., iar atunci când persoana nu ți-a răspuns în timp util, te-ai gândit că persoana respectivă este ocupată... sau poate că robotul este stricat sau poate că persoana te evită din cine știe ce motive... nu ai de unde să știi care este motivul real... Este specific naturii umane să facă speculații în legătură cu cauzele unor fenomene... dar cel mai important lucru este să conștientizezi faptul că faci speculații..., iar atunci când te pregătești să reacționezi este bine să știi că nu totdeauna interpretarea ta este corectă...”

Terapeutul va valida în continuare nevoia umană de cunoaștere, de a înțelege, subliniind însă faptul că există o mare deosebire între *a cunoaște* și *a-ți imagina* diverse lucruri.

„Toate speculațiile tale referitoare la motivul pentru care persoana în cauză nu te-a sunat înapoi sunt normale... ele reflectă nevoia ta firească de a da sens lucrurilor... de a-ți explica diverse fenomene. Dorința de a înțelege reprezintă o particularitate general umană, o mare forță a omenirii care caută mereu să găsească un sens lucrurilor.”

În continuare va introduce și valoriza și situația de *a nu ști*, noțiunea de a nu ști fiind depatologizată. Se vor administra sugestii prin intermediul cărora clientul să realizeze că există unele întrebări în viață care nu își găsesc niciodată răspuns, iar acest lucru este nu numai acceptabil, dar reprezintă, uneori, unica soluție la o problemă. Clientul va interioriza astfel ideea că a nu ști este uneori preferabil lui a ști.

„Faptul că ai construit atât de multe ipoteze pentru a-ți explica de ce o persoană nu a răspuns apelului tău telefonic te va face să înțelegi că, de fapt, tu nu știi de ce nu ți-a răspuns. Poți să presupui..., dar, de fapt, nu știi cu adevărat..., iar atunci când nu îți poți explica ceva este mai bine să recunoști că nu știi... de altfel nimeni nu așteaptă de la tine să știi de ce o persoană nu ți-a răspuns la apel... Este mai bine să accepți că nu știi decât să-ți însușești un punct de vedere care poate fi greșit... Sunt multe lucruri în viață despre care este mai bine să spui că nu le cunoști explicația decât să le dai o explicație greșită...”

Etapa următoare include sugestii prin intermediul cărora clientul își va dezvolta un mecanism interior care să-l ajute să discrimineze elementele cu adevărat cunoscute de cele deduse.

„Înainte să tragi vreo concluzie... orice concluzie, este bine să te întrebi: De unde știu eu că lucrurile stau așa?... De unde știu eu că lucrurile stau așa?... iar atunci când răspunsul este „eu simt că” sau „eu cred că...” este evident că tragi concluzii fără să te bazezi pe date obiective... Aceasta nu înseamnă neapărat că greșești..., dar există șansa să fie așa... să nu uiți niciodată să te întrebi dacă există date obiective pentru a susține un anumit punct de vedere... și poate că există date obiective sau poate că nu există..., dar acest lucru te va ajuta să-ți îmbunătățești calitatea judecăților și concluziilor pe care le tragi...”

Sugestiile posthipnotice au rolul de a corecta cele învățate în contextul actual și de a asigura generalizarea achizițiilor la alte situații de viață.

„Ori de câte ori întâlnești o situație în care semnificația unor fapte nu îți este clară îți vei reaminti că există multe modalități de a interpreta lucrurile și că, de fapt, nu știi care este explicația adevărată... și acest lucru te va face să examinezi lucrurile cu mai multă profunzime... să examinezi lucrurile cu mai multă profunzime... simțindu-te tot mai bine, tot mai confortabil, căutând în mod detașat o explicație... în cazul în care aceasta există cu adevărat... pentru că știi că poți să adopți orice perspectivă care te face să te simți bine, știind că orice variantă este la fel de plauzibilă ca oricare alta...”

Hipnoza și-a dovedit astfel utilitatea în formarea unor abilități menite să reducă severitatea simptomelor depresiei, durata acestora și să limiteze apariția recăderilor. Strategiile hipnotice contribuie la modificarea stilului de coping, de a face față problemelor existenței, stilului atribuțional și cognitiv, conducând la creșterea flexibilității adaptative a clientului. De asemenea, hipnoza îl ajută pe acesta să tolereze mai bine incertitudinea și ambiguitatea evenimentelor existenței, stopând proiecțiile negative asupra viitorului.

4. Prevenirea recăderilor la pacienții depresivi prin intermediul hipnoterapiei cognitiv-experiențiale

Deși majoritatea clienților depresivi tratați cu medicație antidepressivă sau/și psihoterapie obțin rezultate pozitive, un procent mare dintre aceștia va suferi recăderi în viitor. Alladin (2006) ne prezintă un model de psihoterapie denumit hipnoterapie cognitiv-experiențială,

elaborat special pentru prevenirea recăderilor. Dobson și Ottenbreit (2004) au identificat trei strategii pentru prevenirea recăderilor:

- optimizarea tratamentului în faza acută a depresiei,
- tratamentul simptomelor reziduale și menținerea tratamentului pentru o perioadă mai îndelungată,
- dezvoltarea unor programe speciale de prevenire a recăderilor.

Acestea din urma se referă mai ales la factorii de risc care pot determina apariția unui nou episod depresiv. Aceiași autori (Dobson și Ottenbreit, 2004) au descris și patru programe psihologice de prevenire a recăderilor.

Primul program, concentrat pe reducerea tendinței spre autocritică (Berlin, 1985), nu s-a dovedit a fi eficient, la fel ca și programul care propune niște ședințe nespecifice de suport psihologic (Baker și Wilson, 1985). Cel de-al treilea program este cunoscut sub denumirea de „psihoterapia stării de bine”, a fost conceput de Fava și colaboratorii (1988) și cuprinde șapte componente: automonitorizarea simptomelor, stăpânirea mediului, dezvoltarea personală, stabilirea unor obiective de viață, autonomia, acceptarea de sine și dezvoltarea unor relații pozitive cu cei din jur. Cel mai eficient s-a dovedit programul de terapie cognitivă a conștientizării, elaborat de Teasdale și colaboratorii (2000). Ideea de bază a acestui program constă în aceea că de-centrarea poate reduce simțitor riscul de recădere la clienții depresivi. Aceștia își însușesc o serie de exerciții care îi ajută să se detașeze de gândurile negative specifice demersului ruminativ al depresivilor.

Modelul de hipnoterapie cognitiv-experiențială propus de Alladin (2006) include 16 ședințe săptămânale și utilizează hipnoza și tehnica de conștientizare menită să-i ajute pe clienții depresivi să se deconcentreze de stările afective, gândurile și imaginile negative și să experimenteze o serie de sentimente pozitive.

Tehnica este, așa cum am subliniat, centrată pe prevenirea recăderilor, reprezintă o abordare multimodală și include următoarele strategii:

- creșterea eficienței tratamentului în faza acută a depresiei,
- abordarea simptomelor reziduale,
- menținerea unei scheme de tratament după încheierea episodului acut.

Creșterea eficienței tratamentului în faza acută

Deoarece s-a dovedit faptul că psihoterapia cognitiv-comportamentală este foarte eficientă în tratamentul depresiei, primele ședințe sunt

dedicate însușirii conceptelor specifice acestei abordări. Numărul de ședințe de terapie cognitiv-comportamentală depinde de particularitățile fiecărui client, precum și de severitatea simptomelor. Strategiile cognitiv-comportamentale au ca obiectiv identificarea, combaterea și modificarea gândurilor disfuncționale cu conținut depresiv.

La începutul terapiei, clienții își însușesc modelul ABC al lui Ellis, aplicat la tulburarea depresivă, în care A este evenimentul activator extern, B — gândurile automate (iB — gânduri iraționale și rB — gânduri raționale alternative), C reprezintă consecințele în plan emoțional și comportamental, iar E, efectele. Clienții sunt instruiți să realizeze teme pentru acasă, în rândul cărora identifică elementele modelului ABC aplicat la problemele care îi frământă. De asemenea, ei învață să detecteze distorsionările cognitive care declanșează gândurile negative cu conținut depresiv (gândirea dihotomică de tipul totul sau nimic, suprageneralizarea aspectelor negative, ignorarea pozitivului, desprinderea unor concluzii pripite etc.) și sunt instruiți în tehnici de contraargumentare și combatere a acestora.

Se pune un accent deosebit pe realizarea diferențierii între gândurile negative automate cu caracter situațional și convingerile disfuncționale care stau la baza acestora. Prezentăm mai jos un model de fișă de terapie cognitiv-comportamentală pe care trebuie să o completeze clientul (adaptat după Alladin, 2006, p. 292).

Data	A Eveniment activator	iB Gânduri iraționale	C Consecințe	iD Contraargu- mentare	E Efectele contraar- gumentării
	Descrieți un eveniment, gând, imagine care vă produce stări negative.	Notați gândurile sau imaginile cu conținut negativ care vă vin în minte. Evaluați-le pe o scală de la 0 la 100.	1. Emoții Notați pe o scală de la 0 la 100 emoții ca: trist, anxios, nervos. 2. Stări fiziologice: palpitații,	Adresați provocări gândurilor sau imaginilor negative automate. Notați gândurile raționale pe o scală de la 0 la	1. Emoții: 0-100 2. Stări fiziologice: mai puțin încordată, mai puțin amețită, inima bate mai rar etc. 3. Comportamente: Acțiuni întreprinse

			transpirații, amețeli etc.	100 (rB).	după ce s-a încheiat contraargumentarea.
			3. Comportamente de evitare (rămân în pat etc.).		4. Cognitive: reevaluarea concluziilor și deciziilor luate inițial.
			4. Cognitive: trag concluzii.		Convingeri pentru situațiile similare ce vor apărea în viitor.
24.06.09.	Mă gândesc să particip la ziua de naștere a unei prietene.	1. Nu mă voi simți bine. 2. Nu o să pot face față. 3. Toți își vor face o impresie proastă despre mine. 4. Voi strica toată petrecerea. 5. Niciodată nu voi putea fi fericită.	1. Depresivă, nefericită; mă simt îngrozitor. 2. Slăbită, obosită, amețită. 3. Nu vreau să merg; prefer să stau în pat. 4. Am să beau un pahar de vin.	1. Ce do- vadă am că nu mă voi simți bine; poate îmi va plăcea com- pania. 2. Încă mă simt depri- mată, dar pot face față; nu se va întâmpla nimic rău. 3. Nimeni nu are o părere proastă despre tine atunci când te simți	1. Mai puțin deprimată, mai puțin nefericită. 2. Mă simt încă puțin obosită; am capul limpede; pot să ies din casă. 3. Mă ridic din pat, îmi calc rochia pentru petrecerea de mâine; vreau să merg la petrecere; 4. Chiar dacă mă mai simt puțin deprimată pot să mă binedispun participând la petreceri.

					depri- mată; este doar concep- ția mea greșită. 4. Pot să nu spun niciun cuvânt, dar nu am cum să stric petrecerea; 5. M-am mai simțit așa și în trecut, dar mi-am revenit.
--	--	--	--	--	--

Hipnoza este utilizată în cadrul acestui demers terapeutic pentru următoarele rațiuni: (Alladin, (2006, p. 291):

- instalarea unei stări de relaxare pentru reducerea anxietății;
- diminuarea tendinței de distrugere;
- creșterea capacității de concentrare;
- facilitarea gândirii divergente;
- amplificarea experiențelor imaginative;
- accesarea instanțelor psihologice de natură inconștientă.

Pentru a optimiza efectele hipnozei, terapeutul va administra sugestii de întărire a Eului și îl va iniția pe client în tehnica autohipnozei. Aceștia îi vor fi administrate sugestii posthipnotice pentru contracara-rea vorbirii interioare cu conținut negativ, după următorul model:

„Ca rezultat al acestui tratament, al exercițiilor pe care le realizezi zilnic, zi după zi vei deveni mai puțin preocupat de tine însuși... mai puțin preocupat de sentimentele tale... mai puțin preocupat de ceea ce gândesc ceilalți despre tine... ca rezultat al acestui demers vei deveni tot mai interesat de ceea ce se petrece în jur, de ceea ce ai de făcut...”

După ce clientul s-a familiarizat cu tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale, terapeutul se va concentra asupra combinației dintre acestea și tehnicile de hipnoză. Accentul va fi pus pe următoarele aspecte:

- realizarea restructurării cognitive în stare de hipnoză;
- accentuarea conștientizării și amplificarea trăirii experiențiale;
- dezvoltarea unor mecanisme de luptă împotriva simptomelor depresive sau/și anxioase;
- diminuarea sentimentelor de culpabilitate și autoblamare;
- dezvoltarea unor deprinderi de funcționare socială;
- creșterea motivației pentru participarea la exerciții fizice;
- pregătirea pentru încheierea terapiei.

În vederea realizării restructurării cognitive în starea de hipnoză, clientului aflat în transă i se administrează sugestia să-și imagineze o situație în care se simte deprimat. Acestuia i se cere să se concentreze asupra cognițiilor disfuncționale care îi vin în minte, asupra stărilor emoționale asociate, precum și a răspunsurilor fiziologice și comportamentale. Acestea vor fi identificate ca într-un film și se vor referi la gânduri, convingeri, imagini, amintiri sau teme ale reveriei diurne. Odată ce un astfel de set este identificat și fixat (stabilizat pe ecranul mental), clientul va fi învățat să-l modifice, înlocuindu-l cu un alt set de gânduri și imagini cu conținut adaptativ și să aștepte apoi modificarea corespunzătoare a stărilor afective și a răspunsurilor fiziologice și comportamentale. Procesul se va repeta până când setul de cogniții disfuncționale referitoare la o anumită situație specifică va fi complet restructurat.

O altă modalitate de restructurare cognitivă în stare de hipnoză utilizează metafora editării și ștergerii unor fișiere dintr-un calculator imaginar. Această metodă se potrivește mai mult copiilor și adolescenților. Atunci când clientul se află în transă profundă, i se cere să conștientizeze stările afective pozitive asociate cu sugestiile de întărire a Eului, concentrându-se asupra unor succese sau realizări personale din trecut. Odată realizat acest lucru, clientul va fi pregătit să lucreze asupra altor elemente sau experiențe negative din trecut. În continuare, acesta va primi sugestia că deschide un fișier mai vechi ce necesită să fie editat sau fie șters. La începutul ședinței de terapie se decide de regulă asupra cărui fișier se va lucra în ședința respectivă (de pildă, clientul are probleme cu integrarea într-un colectiv sau cu partenerul de viață). Așa cum am subliniat, acestuia i se sugerează să editeze sau să șteargă fișierul respectiv, acordând atenție gândurilor sau convingerilor disfuncționale, comportamentelor dezadaptative și stărilor afective negative. Editând și ștergând fișierul în mod metaforic, clientul se va confrunta în plan mental și cu distor-

sionările cognitive, gândirea de tip magic, tendința de a se autoblama sau cu alte scenarii specifice autohipnozei spontane cu conținut negativ.

Hipnoza permite, de asemenea, accesarea distorsionărilor cognitive care se află dincolo de pragul conștiinței, acestea putând fi mai ușor explorate, aduse la nivelul conștiinței și corectate. Adesea, în cadrul demersului cognitiv-comportamental clasic, clienții au dificultăți în ceea ce privește identificarea gândurilor care preced stărilor afective cu conținut negativ. Deoarece transa hipnotică facilitează accesul la conținuturile de natură inconștientă, aceste conținuturi psihice disfuncționale vor putea fi mai ușor restructurate în stare de hipnoză.

Clientul va fi îndrumat să-și focalizeze atenția asupra unei anumite probleme și să identifice legătura dintre cogniție și afecțiune. Odată cogniția identificată, i se cere să o modifice și să aștepte reacțiile cu caracter dezirabil. Astfel, de pildă, clientul poate afirma: „Nu știu de ce m-am simțit deprimat la petrecerea de săptămâna trecută”. Terapeutul îl va regresa pe acesta în timpul transei hipnotice în perioada respectivă, îi va cere să o re trăiască și apoi să modifice stările afective legate de aceasta, astfel încât să nu se mai simtă deprimat atunci când se gândește la respectiva petrecere. Schemele cognitive disfuncționale de bază mai pot fi modificate și prin utilizarea altor metode specifice hipnoterapiei cum ar fi: *metoda punții afective*, *regresia de vârstă*, *progresia de vârstă* și *inducția viselor hipnotice* (Edgette și Edgette, 1995; Hammond, 1990).

Așa cum am mai subliniat, hipnoza reprezintă și un instrument foarte puternic pentru amplificarea experiențelor psihologice. Brown și Fromm (1990) descriu tehnica „amplificării și exprimării experiențelor emoționale”, tehnică ce presupune:

- aducerea la nivelul conștiinței a unor experiențe emoționale;
- conștientizarea unor variații ale stărilor afective;
- intensificarea efectelor pozitive;
- amplificarea unei reacții emoționale descoperite de client;
- inducerea unei dispoziții cu conținut pozitiv;
- întărirea motivației pentru schimbare.

Astfel de strategii contribuie la destructurarea ciclului depresiv, ajutând la dezvoltarea unor căi de ieșire din depresie. Acestea din urmă se formează solicitând clientului aflat în transă să se concentreze asupra unor experiențe pozitive, pe care să le amplifice cu ajuto-

rul terapeutului. Tehnica este asemănătoare cu cea a conștientizării și amplificării experiențelor subiective, deosebirea constând în accentul deosebit pus pe unele modificări de tip somato-senzoriale, pentru a genera niște modificări fiziologice cu caracter mai persistent (Alladin, 2006, p. 295).

Tehnica presupune repetarea a cel puțin trei experiențe pozitive, iar înainte de încheierea transei clientului i se dau sugestii posthipnotice de a se concentra asupra unor evenimente pozitive (să-și imagineze că vizionează o casetă cu situații agreabile).

Studiu de caz

Această tehnică a fost aplicată Gabrielei, o adolescentă de 16 ani diagnosticată cu depresie majoră. După o lună de spitalizare, tânăra a fost externată, recomandându-se medicație antidepresivă și psihoterapie. Clienta s-a dovedit foarte receptivă la hipnoză și a fost de acord să urmeze programul de hipnoterapie cognitiv-experiențială, pentru a se întoarce mai repede la școală.

În urma interviului clinic, terapeutul a aflat că una dintre cele mai agreabile experiențe ale Gabrielei era să meargă împreună cu prietenii la vila de la munte a unuia dintre aceștia.

Instructajul administrat în stare de hipnoză a fost următorul:

„În timp ce te relaxezi tot mai mult... tot mai profund... aș dori să-ți amintești perioada în care ai fost plecată la munte, la vila Marianeii. Amintește-ți când ai fost ultima dată acolo împreună cu câțiva colegi de clasă. Aș vrea să-ți amintești de locul acela... cum era casa... grădina mare cu iarba verde... cu multe flori... pomi... amintește-ți cine mai era cu tine. Poți să-ți imaginezi acel loc? Dacă da, fă un semn cu capul.

Pe măsură ce îți imaginezi că te afli acolo, îți vei aminti tot mai multe detalii și pe măsură ce revezi cu ochii minții acele detalii, vei fi tot mai absorbită de experiența ta... te vei simți ca și cum ai fi cu adevărat acolo...

Acum aș dori să-ți amintești cum ați pregătit masa (se sugerează și imagini olfactive și gustative). Amintește-ți ce mâncare ați adus... cum au pregătit băieții grătarul... ai remarcat mirosul de fum... de friptură... reamintește-ți ce ați băut... tu ai băut suc de mere... băieții au băut bere... imaginează-ți ce altceva ați mai mâncat... Amintește-ți gustul mâncării și al băuturii... și pe măsură ce îți amintești toate aceste detalii, devii tot mai absorbită de experiența ta și te adâncești

într-o stare de relaxare tot mai profundă... tot mai odihnitoare... simțindu-te ca și cum ai fi cu adevărat acolo...

Acum amintește-ți cum era vremea de afară (sugestii kinestezice indirecte)... era o zi frumoasă și caldă de vară... frumoasă și caldă... era plăcut sau poate prea cald... Dacă îți reamintești, fă un semn cu capul... Te simțai tot mai bine în acea zi frumoasă și caldă de vară... temperatura este plăcută... adie un vânticel cald care îți mângâie trupul și te simți tot mai bine, tot mai absorbită în experiența ta... cufundându-te în transa profundă, liniștitoare în care te simți ca și cum ai fi cu adevărat acolo...

Amintește-ți acum cât de bine te-ai simțit... cât de mulțumită, împlinită... chiar fericită... (sugestii indirecte pentru inducerea unor stări afective pozitive). Conștientizează stările tale afective pozitive... cât de bine te-ai simțit, cât de mulțumită, împlinită... fericită și pentru câteva minute continuă să te bucuri de sentimentele de mulțumire, fericire pentru că te afli acolo, împreună cu prietenii tăi... trăiește în continuare starea de bine, de mulțumire, de împlinire, de calm, satisfacție... pace interioară... te simți tot mai bine devenind conștientă de sentimentele tale de calm, liniște, satisfacție... pace interioară...

De acum încolo, ori de câte ori îți amintești de timpul petrecut împreună cu prietenii tăi la casa Marianeii, vei fi tot mai absorbită de detalii și îți vei aminti toate stările sufletești plăcute, asociate cu perioada aceea (sugestii posthipnotice). Pe măsură ce te relaxezi singură și practici tehnica imaginației dirijate, îți va fi tot mai ușor, tot mai ușor să fii absorbită în situație, să te simți ca și cum ai fi cu adevărat acolo... trăind acele stări ca și cum ai fi cu adevărat acolo. Treptat îți va fi tot mai ușor să derulezi în mintea ta această casetă cu experiență pozitivă, atât de plăcută, atât de liniștitoare... și drept rezultat vei înțări calea spre starea de bine, de sănătate, de mulțumire... vei bătători tot mai mult această cale... iar calea care te-a dus la nefericire și depresie va rămâne părăsită, neumblată”.

Depresia este adesea întreținută și de sentimentele de culpabilitate și autoblamare care pot fi conștientizate sau neconștientizate. Acestea pot fi, la rândul lor, procesate în stare de hipnoză prin intermediul unor tehnici de imaginație dirijată cum ar fi „poarta iertării” (Watkins, 1990) sau „aruncarea deșeurilor” (Hammond și Stanton, 1990).

Mai mulți autori au subliniat faptul că deficitul în sfera unor abilități sociale reprezintă un factor de risc pentru decompensările

depressive mai ales atunci când subiectul se confruntă cu evenimente negative de viață (Segrin, 2001).

De asemenea, la unii subiecți apare așa-numită tendință de a atrage feedbackuri negative din partea celorlalți. Această tendință întărește schemele cognitive dezadaptative de bază, specifice subiecților depresivi. Din acest motiv, cel puțin două-trei ședințe de psihoterapie trebuie dedicate însușirii de către clienți a unor deprinderi sociale și de rezolvare a unor probleme de viață. Odată achiziționate, aceste deprinderi vor fi exersate și în plan mental, în stare de transă hipnotică, iar aplicarea lor în plan concret va fi întărită cu ajutorul unor sugestii posthipnotice.

După ce clienții au înregistrat unele progrese (aproximativ 8-10 ședințe de psihoterapie), Alladin (2006) recomandă introducerea în cadrul regimului de viață al clientului a unor exerciții fizice.

Autorul motivează acest demers pe baza unor date de cercetare care constată următoarele:

- persoanele active sunt mai puțin depresive sau anxioase comparativ cu cele inactive (Framer et al. 1988);
- starea fizică precară reprezintă un risc de instalare a depresiei și la subiecți nondepresivi (Camacho, Roberts, Lazarus, Kaplan și Cohen, 1991);
- efectul exercițiilor fizice asupra clienților depresivi este comparabil cu cel al psihoterapiei (North, McCullagh și Tran, 1990) și al medicației antidepresive (Blumenthal et al., 1999);
- exercițiile fizice s-au dovedit a avea efecte benefice asupra simptomelor depresiei, stresului, anxietății, precum și a tulburărilor anxioase (Fox, 1999).

Terapeutul va prezenta clientului date de cercetare din care să rezulte beneficiile exercițiilor fizice asupra dispoziției afective și va întări motivația participării la acest fel de activități prin sugestii posthipnotice și de întărire a Eului. După aproximativ 16 ședințe de terapie, când se poate considera că pacientul a depășit faza acută a episodului depresiv și a achiziționat noi modele de gândire, stări afective și comportament, urmează etapa de consolidare a schimbărilor produse în urma aplicării strategiilor hipnoterapiei cognitiv-experiențiale. În această etapă, care durează câteva ședințe de psihoterapie, se vor stabili obiective realiste pentru viitor, care vor fi exersate în transa hipnotică.

Prezentăm mai jos un fragment din instructajul administrat Mariei după inducția hipnotică.

Studiu de caz

Maria, o economistă în vârstă de 38 de ani, a avut în antecedente câteva episoade de depresie majoră pentru care a fost spitalizată. Maria a fost recent concediată de la firma la care lucra ca secretară. Ea locuia cu soțul ei, militar de carieră, și cu cele două fiice în vârstă de 5 și 8 ani. După externare, Mariei i-a fost recomandată psihoterapie și medicație antidepresivă.

Cele mai multe recăderi au fost legate de relațiile tensionate cu soțul ei, care era foarte dominator, chiar agresiv cu clienta și copiii. Acesta pleca mult în misiuni, era intolerant, neînțelegător, nu credea că există tulburări psihice și era de părere că Maria poate să depășească depresia dacă își propune acest lucru. Ori de câte ori aceasta se simțea rău, el o acuza de faptul că nu s-a străduit suficient să nu se îmbolnăvească. În ciuda evidențelor, Maria credea că soțul ei este foarte grijuliu, că dorește să o ajute și nu că îi creează un stres suplimentar. Clienta se simțea vinovată și de faptul că a fost disponibilizată de la firmă, considerând că nu a meritat să fie menținută în activitate.

„Maria, relaxează-te profund... lasă capul moale, destins, relaxat... trăiește o stare de liniște, calm, bunăstare psihică... încredere în forțele proprii. Caută să te vezi cu ochii minții așa cum ai devenit după acest tratament pe care l-ai practicat zilnic... tot mai puțin anxioasă, tot mai puțin speriată... tot mai puțin deprimată... tot mai relaxată, mai liniștită, mai încrezătoare în forțele proprii... faci față tot mai bine încercărilor de zi cu zi... te concentrezi tot mai mult asupra succesorilor tale și lași la o parte nerealizările sau aspectele care au mers mai puțin bine...

Zi după zi devii tot mai optimistă, tot mai puțin deprimată, tot mai calmă, tot mai stăpână pe tine și provocările vieții parcă încep să-ți facă plăcere... La fel ca în orice relație, uneori vei mai avea conflicte cu soțul tău... dacă acesta nu este de acord cu ceea ce spui tu sau nu înțelege ceea ce simți, nu înseamnă că nu ține la tine, că nu are grijă de tine... intenția lui este să te ajute să te mobilizezi pentru a-ți depăși starea.

Imaginează-ți că tu te simți deprimată, iar soțul insistă să te duci la gimnastică aerobă... iar tu nu ai mai fost acolo de câteva luni... În loc să te enervezi sau să devii și mai deprimată, inspiră și expiră adânc de câteva ori, realizând faptul că el dorește de fapt ca tu să te simți mai bine... să nu te dai bătută... Amintește-ți, de asemenea, că

noi am vorbit aici în cabinet despre rolul pozitiv al exercițiilor fizice care te pot ajuta să nu mai recazi în vechea ta depresie... Toate acestea te fac să-ți dai deo dată seama că soțul tău este grijuliu și acest sentiment te umple de energie și îți dă putere să lupți mai departe. Realizezi și faptul că nu ceea ce îți spune soțul te deprimă cu adevărat, ci ceea ce crezi tu despre asta... dar acum tu știi cum să lupți cu gândurile negative.

Caută să te vezi pe tine în continuare cum îi mulțumești soțului pentru grija pe care ți-o poartă și cum îi promiți că vei practica zilnic exercițiile de relaxare, vei merge la sală și vei depune CV-uri pentru a-ți găsi cât mai curând un nou serviciu. Imaginează-te calmă, relaxată, plină de energie, puternică, sănătoasă... imaginează-ți că ai fost acceptată la interviu și că mergi de trei ori pe săptămână la sală... că accepți cu plăcere lupta și provocările vieții..."

Clienții care mai prezintă simptome reziduale sunt chemați la cabinetul de psihoterapie o dată pe lună, timp de un an de zile. În cadrul acestor ședințe se repetă unele tehnici învățate și se introduc alte noi strategii:

- acordarea primului ajutor pentru apariția unor simptome depressive;
- comutarea atenției și inducerea unei stări afective pozitive;
- antrenamentul activ-interactiv.

Primul ajutor acordat în cazul unor simptome depressive reprezintă o tehnică menită să producă pacientului o ușurare pe termen scurt, atunci când respectivele simptome sunt induse de factori stresanți din mediu. Deoarece clienții depresivi se lasă foarte ușor depășiți de stări afective negative, devin pesimiști și lipsiți de speranță, o eliminare a acestor simptome le poate reda speranța, poate optimiza alianța terapeutică și poate genera expectații pozitive.

Alladin (1994), Alladin și Heap (1991) au elaborat o astfel de tehnică de prim ajutor în șapte trepte. Autorii au pornit de la tehnica elaborată inițial de Overlade (1986), pe care au îmbunătățit-o.

Etapele tehnicii sunt următoarele:

1. Clientul este încurajat să vorbească despre declanșatorii care îi produc stări depressive și să-și ventileze sentimentele de tristețe și frustrare.
2. Terapeutul va furniza clientului o explicație plauzibilă referitoare la apariția simptomelor depressive. De pildă, se poate explica acestuia faptul că oamenii intră adesea în stare depresivă

în mod reflex, ca mecanism de apărare împotriva unor lovituri viitoare. În felul acesta se reduce sentimentul de culpabilitate încercat de clientul care trăiește starea depresivă.

3. Clientul este învățat să modifice postura depresivă: să ridice capul, să îndrepte umerii etc.
4. Clientul va fi încurajat să facă încercări pentru a zâmbi în mod voluntar, privindu-se într-o oglindă.
5. Clientul va fi dirijat să-și imagineze figuri surâzătoare.
6. Acestuia i se va cere să practice tehnica imageriei dirijate conform tehnicii CD-ului mental cu conținut pozitiv.
7. Clientul va fi învățat să utilizeze cuvinte „cheie” cu conținut pozitiv, cu ajutorul cărora va putea să-și modifice stările depressive în viitor.

Comutarea atenției și inducerea unei stări afective pozitive

Persoanele depressive au tendința de a activa gânduri și imagini negative cu conținut catastrofizant ca răspuns la factorii stresanți din mediu. Astfel de preocupări pot îmbrăca un caracter ruminativ care împiedică demersul terapeutic ce conduce la remisiune. Pentru a stopa acest ciclu, depresivii sunt învățați să comute atenția de la unele cogniții cu conținut negativ la unele pozitive.

Pentru a realiza acest lucru, clientului i se cere să elaboreze o listă cu 10–15 experiențe agreabile și să mențină fiecare experiență timp de 30 de secunde pe ecranul mental. Acesta va practica exercițiul în stare de relaxare de 4–5 ori pe zi, comutând atenția de la o experiență neplăcută la una agreabilă, din cadrul listei exersate anterior. În felul acesta, clientul învață să înlocuiască autohipnoza cu conținut negativ cu una cu conținut pozitiv.

Antrenamentul activ-interactiv

Atunci când interacționează cu stimuli din mediul intern sau extern, depresivii au tendința de a realiza o disociere de tip pasiv (se refugiază în stări afective negative), în loc să interacționeze în mod activ cu aceștia.

A interacționa în mod activ înseamnă a fi în alertă și a recepționa informația în loc să te disociezi și să te refugiezi într-o realitate interioară, ceea ce inhibă procesul de testare a realității și evaluarea corectă a stimulilor exteriori. Antrenamentul activ-interactiv îi învață pe clienți cum să distrugă deprinderile disociative și să intre în rezo-

nanță cu mediul extern. Pentru a preveni producerea procesului disociativ, subiectul trebuie să devină conștient de acest proces, să-l inhibe în mod activ, comutând atenția de la „ancorele” negative și să se conecteze în mod activ la elementele semnificative ale situației externe. Cu alte cuvinte, clientul învață să activeze emisfera cerebrală stângă, devenind logic, realist, analitic și concentrat pe detaliu. Astfel, de pildă, clientul va învăța să stopeze ruminările interioare cu conținut negativ, sentimentele de neajutorare și pesimism, să se conecteze la experiențe pozitive, să se detașeze de vorbirea interioară cu conținut toxic și să reintegreze diversele părți ale Eului într-un tot unitar.

Pentru a preveni orice posibilitate de recădere, clienții aflați în faza de remisiune completă vor fi solicitați să se prezinte la clinică o dată pe lună, timp de un an. După Alladin (2006), faza de menținere a achizițiilor terapeutice are următoarele obiective:

- amplificarea relațiilor sociale;
- dezvoltarea sentimentului de recunoștință;
- conștientizarea și dezvoltarea sentimentului de acceptare;
- formarea unor motivații și preocupări de natură spirituală;
- recunoașterea unor prejudecăți în stilul de gândire al clientului;
- întărirea strategiilor de luptă împotriva depresiei;
- utilizarea în continuare a autohipnozei.

Suportul social reprezintă un element important în profilaxia depresiei, precum și un factor facilitator al demersului terapeutic. Din acest motiv, clienții care au suferit de depresie sunt încurajați să-și extindă sfera relațiilor sociale. Paterson, McLean, Alden și Koch (1996) indică trei modalități prin care se poate realiza acest lucru: adâncirea relațiilor sociale prezente, reactualizarea unor relații de prietenie mai vechi și dezvoltarea unor noi relații de prietenii sau camaraderie. Hipnoza este utilizată în acest scop, strategiile constând în proiecția în viitor și repetarea în plan mental a unor deprinderi de comunicare interpersonală.

Sugestiile administrate în stare de hipnoză pot îmbrăca următoarea formă:

„Maria, gândește-te ce bine te-ai simți dacă ai petrece mai mult timp în compania prietenelor tale atunci când soțul tău este plecat în delegație, în loc să te simți singură, tristă, deprimată... Amintește-ți că regula de bază în menținerea unei prietenii este să-ți faci prietenul să se simtă important și valoros...”

Adesea clienții depresivi sau cei remiși, care au trecut printr-unul sau mai multe episoade depresive, pot suferi recăderi pentru că își bazează bunăstarea sau fericirea exclusiv pe achiziționarea de onoruri sau bunuri materiale.

Hipnoterapia cognitiv-experiențială îl învață pe client să fie mulțumit și recunoscător sorții pentru ceea ce are, și nu deprimat și supărat pentru ceea ce nu are. Alladin (2006, p. 303) ne prezintă un model de sugestii pentru atingerea acestui obiectiv. Acestea trebuie administrate atunci când clientul se află în transă profundă și imediat după sugestiile de întărire a Eului.

„Ești calm, relaxat, liniștit. Observă starea de calm, pace interioară... starea de bine, de liniște și armonie. Ești liniștit, destins, fără încordare, fără tensiune, complet relaxat fizic și psihic... trăiești un sentiment profund de liniște, pace interioară, armonie, recunoștință... simți cum inima ți se umple de calm, pace, armonie, recunoștință...”

Toate marile religii din lume afirmă faptul că dacă te trezești dimineața și ai un acoperiș deasupra capului, o bucată de pâine, o cană de apă și ești sănătos, atunci ai totul. Conștientizează toate lucrurile bune pe care le ai... toate lucrurile minunate de care te poți bucura... și pentru care te simți recunoscător... Este bine să ai obiective și să fii ambițios... atunci când îți atingi obiectivele, consideră-le un fel de daruri de la Dumnezeu... Atunci când nu le atingi, poți fi dezamăgit... dar gândește-te că poate fi suficient să trăiești o existență confortabilă... Realizează faptul că ai atât de mult, comparativ cu alții...”

Acest gen de sugestii îi pregătește pe clienții depresivi să facă față unor pierderi sau eșecuri legate de atingerea unor obiective ambițioase, ajutându-i să adopte o atitudine ceva mai realistă față de viață. De asemenea, clienții sunt învățați să se decentreze de la minte la inimă „în acord cu principiile filozofilor” orientale care acordă o importanță mai mare trăirilor afective în detrimentul celor raționale.

Conștientizarea și acceptarea

Teasdale, Segal și Williams (1995) au pus la punct un model de terapie cognitivă bazat pe conștientizare, care implică trăirea sentimentului de acceptare alături de meditație și care îi ajută pe clienți să stopeze ruminările cu conținut depresiv. Aceștia vor fi învățați să acorde atenție nu atât conținutului gândirii, cât procesului în sine. Subiecții vor fi antrenați să devină conștienți de maniera în care apar și dispar gândurile lor, fără a reacționa emoțional și fără a examina gradul lor

de veridicitate. Aceștia vor reuși astfel să se distanțeze de gândurile și stările lor afective. O emoție sau un gând va fi văzută ca un comportament, o parte a personalității și nu ca personalitatea în ansamblu, în totalitatea ei; capacitatea de a se detașa, de a se decenra de cogniții sau afecte îi va ajuta pe clienți să capete un anumit control asupra acestora (să nu mai catastrofizeze situațiile și să nu se lase copleșiți de stări afective negative).

Sugestiile administrate clientului vor îmbrăca următoarea formă (Alladin, 2006, p. 304):

„Atunci când îți vine în minte un gând negativ, caută să devii conștient de prezența lui... identifică distorsionarea cognitivă pe care se bazează acesta. Devenind conștient de gândul negativ și de distorsionarea cognitivă, izbutеști să te distanțezi tot mai mult de acesta... Realizezi faptul că nu este decât un gând oarecare... iar gândul nu ești tu... gândul reprezintă doar o parte din tine... Realizând acest lucru devii tot mai calm, tot mai relaxat... și simți că deții controlul asupra gândurilor tale...”

În același fel, atunci când trăiești un sentiment negativ, conștientizează-l... dă-ți seama de ceea ce simți... Recunoscând starea afectivă reușеști să te decentrezi de ea... să-ți dai seama că starea afectivă reprezintă doar o parte din tine, o mică parte... starea afectivă nu ești tu... nu te reprezintă în totalitate...

Ca rezultat al acestei deprinderi, vei căpăta tot mai mult control asupra gândurilor și sentimentelor tale... Vei fi mulțumit să constăți că sentimentele și gândurile tale nu te mai controlează pe tine, ci tu le controlezi pe ele...”

Studiile experimentale au demonstrat faptul că persoanele care au credință în Dumnezeu sau care au preocupări de natură spirituală prezintă o incidență mai scăzută a depresiei în comparație cu restul populației (McCullogh și Larson, 1999). Paterson (2002) este de părere că două aspecte ale practicilor de natură spirituală sunt utile pentru persoanele depresive:

- credințele și convingerile de natură religioasă și practicarea individuală a unor ritualuri;
- integrarea individului în cadrul unei comunități sau grup cu preocupări spirituale.

Același autor (Paterson, 2002, p. 276) face următoarele recomandări pentru persoanele care doresc să pornească pe o cale spirituală, recomandări de care este bine să țină seama terapeutul:

- Este necesară studierea diferitelor sisteme și practici religioase, până când se identifică acel sistem care se potrivește clientului;
- Explorarea mai multor comunități sau grupuri până când este identificat grupul potrivit;
- În cazul în care calea religioasă nu pare potrivită pentru client, pot fi luate în considerare alte alternative, cum ar fi apropierea de natură sau preocupările artistice;
- Clientul și terapeutul trebuie să conștientizeze faptul că preocupările de ordin spiritual nu reprezintă un panaceu pentru depășirea depresiei. Calea spirituală trebuie urmată de persoanele care au vocație pentru aceasta.

Un alt element important pentru demersul de prevenire a recăderilor constă în exersarea demersului de identificare a erorilor de logică sau a distorsionărilor cognitive. Va fi utilizată una dintre listele care cuprind aceste distorsionări. Prezintăm mai jos o astfel de listă adaptată de Paterson (2002) după niște liste mai vechi alcătuite de Beck și colaboratorii, alături de Burns (1999):

Abstragerea selectivă

„Trebuie să acord atenție problemei în ansamblul ei.”

Descalificarea pozitivului

„Și elementele pozitive există, nu numai cele negative.”

Tendințe de a rememora doar aspecte negative

„Eu dețin și amintiri pozitive, trebuie să mă străduiesc mai mult să le identific.”

Eroarea prezicătorului

„Nu sunt un magician care deține bila de cristal.”

Catastrofizarea

„Ocupă-te de evenimentul în sine, nu de consecințele sale negative imaginare.”

Suprageneralizarea

„Este absolut sigur că nimic nu are un caracter absolut.”

Etichetarea

„Focalizează-te asupra evenimentului, nu asupra persoanei.”

Amplificarea și minimalizarea

„Utilizează aceeași unitate de măsură pentru toată lumea, inclusiv pentru tine însuși.”

Gândirea de tip dihotomic („totul sau nimic”)

„Oare unde sunt nuanțele de cenușiu între alb și negru?”

Citirea gândurilor

„Este mai sigur ceea ce este în capul tău.”

Logica afectivă

„Nu da crezare la tot ce simți.”

Identificarea distorsionărilor cognitive va contribui, așa cum am mai subliniat, la stoparea vorbirii interioare sau a autohipnozei cu conținut negativ. Clienții vor fi încurajați să continue exercițiile de relaxare și autohipnoză cu imaginație dirijată pentru ameliorarea dispoziției. Aceste exerciții vor fi practicate zilnic, cel puțin un an de zile.

5. Programarea viitorului în terapia depresiei

Torem (2006) subliniază faptul că cele mai întâlnite simptome ale depresiei sunt sentimentul de neajutorare, lipsa de speranță și viziunea pesimistă asupra viitorului. Multe persoane depresive nu au obiective clare, realiste și detaliate în ceea ce privește viitorul, care pentru acestea este nediferențiat și se prezintă în culori negative.

Torem (1992a) a pus la punct tehnica hipnoterapiei orientate asupra viitorului, pe care a denumit-o metaforic „*întoarcerea din viitor*”.

Atunci când realizează interviul clinic cu un client depresiv, autorul menționat este atent atât la mesajele verbale, cât și la cele nonverbale, care exprimă lipsa de speranță. Mesajele verbale îmbracă de obicei următoarea formă:

„Am consultat nenumărați specialiști, am luat tot felul de medicamente, dar nu am suportat nimic. Am renunțat să mai lupt...”

„Cred că sunt un caz disperat, pentru mine nu mai există viitor, mai bine aș încheia cu viața asta!”

„Plâng tot timpul. Sunt o ființă inutilă, o povară pentru soțul și copiii mei. Nu înțeleg de ce mai stă cu mine... mai bine aș muri, pentru ca el să poată fi fericit în compania altcuiva...”

Întrebați fiind ce cred că se va întâmpla peste un an, mulți depresivi afirmă că nu pot răspunde la această întrebare pentru că nu-și pot imagina viitorul în niciun fel. Interesant este faptul că unii dintre ei nu se pot proiecta nici măcar în viitorul apropiat (ce vor face peste o lună, o săptămână sau chiar în ziua următoare). Clienții care reușesc totuși să se proiecteze în viitor vor vizualiza însă doar scene cu conținut negativ. Hipnoza facilitează imageria referitoare la viitor, ajutând clientul să-și proiecteze obiective realiste, cu conținut pozitiv.

Torem (2006) susține că adolescenții și persoanele înclinate spre reverie diurnă vor răspunde mai bine la tehnica hipnotică de proiectare a viitorului. Aceștia își descriu, de regulă, stările prin intermediul unui limbaj metaforic: „Totul mi se pare cenușiu”, „Simt că mă prăbușesc într-un abis” etc.

Tehnica progresiei de vârstă prin intermediul hipnozei a fost descrisă încă de Milton Erickson (1954) sub denumirea de „pseudoorientare în timp”. După inducția hipnotică, pacientul va fi ghidat de terapeut să facă o călătorie în viitor și să se vizualizeze, astfel încât problema sa să fi fost rezolvată. Erickson sugera clientului că viitorul reprezintă de fapt prezentul. Acesta era interogat apoi despre ce a învățat din respectiva experiență și cum anume a procedat pentru a rezolva problema.

Hammond (1990) descria progresia de vârstă în următorii termeni: proiecție în viitor, antrenament mental, imaginație dirijată, imagerie orientată spre scop și imagerie pozitivă și imaginea obiectivului ca fiind deja atins.

Torem (2006) consideră că aplicarea tehnicii de programare a viitorului nu necesită neapărat informarea clientului că este vorba despre o tehnică de tip hipnotic. Aceasta poate fi descrisă ca fiind o metodă de „imagerie dirijată”. Terapeutul va solicita clientul să-și imagineze că face o călătorie mentală în locul său favorit (la mare, la munte, acasă în fotoliu, ascultând muzică etc.). În funcție de relatările verbale ale clientului, terapeutul va administra formule sugestive care să utilizeze toate modalitățile senzoriale: vizuală, auditivă, tactilă, olfactivă și gustativă.

Se administrează, de asemenea, sugestii de întărire a Eului centrat pe ideea de autocontrol, atingerea propriilor obiective, sănătate,

forță, creativitate și actualizarea resurselor interioare. Terapeutul va proceda în mod interactiv, conversând cu clientul aflat în stare de relaxare, căruia i se va cere să descrie experiențele imaginative în care este implicat. Informațiile obișnuite vor fi utilizate pentru a aprofunda starea de relaxare și apoi pentru a realiza scenariul pentru viitor. Clienții vor fi instruiți să practice independent o tehnică de relaxare exersată inițial împreună cu terapeutul.

În timpul scenariului imaginativ orientat asupra viitorului, clientului i se va sugera să stocheze imaginile și stările afective pozitive și să le depoziteze la nivelul instanțelor de natură inconștientă. Aceste imagini și stări emoționale trebuie considerate ca un fel de dar pe care îl va lua cu sine clientul când se va întoarce înapoi din călătoria sa în viitor. Clientului i se va cere de asemenea să relateze în scris în detaliu experiența imaginativă trăită în transa hipnotică.

Studiu de caz (Adela)

Adela, o adolescentă în vârstă de 17 ani, a fost diagnosticată cu depresie asociată cu bulimie nervoasă. Clienta a crescut într-o familie disfuncțională cu un tată rigid, autoritar și depresiv, de profesie procuror. Mama, absolventă a institutului de teatru care nu a profesat niciodată, avea tendința de a o răsfăța excesiv pe Adela, neimpunându-i nicio limită, în contrast cu cerințele exagerate ale tatălui.

Până în clasa a opta, Adela a fost premiantă întâi, dar după ce a intrat la un liceu de elită cu profil matematică-informatică, rezultatele ei au scăzut simțitor, astfel încât în clasa a zecea a rămas corijentă la două materii. La aceasta s-a adăugat și ruperea relației cu primul ei prieten, cu doi ani mai mare. Clienta a avut o tentativă de suicid prin ingestie de tranchilizante, după care simptomele depresive și bulimia s-au permanentizat. Adela a urmat tratament psihiatric cu antidepresive și a făcut aproape un an terapie psihanalitică freudiană. În ciuda acestor demersuri, clienta a rămas depresivă, nutriend sentimente puternice de neajutorare, autodevalorizare și lipsă de speranță.

Întrebată fiind cum își vede viitorul, Adela a întrebat la rândul ei: „Care viitor? ... este un iad... eu nu am niciun viitor”. Terapeutul i-a propus să învețe o tehnică de visare cu ochii deschiși pentru a scăpa de „iadul” ei. La început clienta a manifestat rezistență, dar, în cele din urmă, a acceptat să învețe să se relaxeze și să-și imagineze că se

află pe plajă la mare. Tehnica o ajuta să se elibereze pe moment de tensiunile din familie.

Instructajul administrat clientei a fost următorul:

„Adela, așază-te comod pe fotoliu și lasă corpul cât mai relaxat. Inspiră adânc și expiră... pe măsură ce expiri, ochii tăi se închid și te cuprinde o senzație plăcută de plutire. Inspiră și expiră calm, liniștit, în ritmul tău personal... odată cu fiecare inspirație o stare de calm te cuprinde tot mai mult..., iar odată cu fiecare expirație dai afară încordare, tensiune, stres... Pe măsură ce asculți vocea mea și te concentrezi asupra cuvintelor mele... realizezi faptul că dispui de resurse ne bănuite de imaginație creatoare... imaginație care te ajută să te eliberezi de stres... atât la școală, cât și acasă.

Imaginează-ți acum că faci o călătorie la mare... te afli pe plajă într-o zi minunată de vară... soarele nu arde prea tare, briza mării adie ușor și valurile se lovesc de țărm. Cerul este de un albastru intens, fără nori... Privești cerul albastru și parcă te cufunzi în acest albastru infinit... Privești marea albastră și te întrebi în gând „oare ce este mai albastru — cerul sau marea?”... Privești linia orizontului și observi cum cerul se contopește cu marea... Privești din nou marea și urmărești valurile, valurile care se lovesc ușor de țărm... urmărești crestele valurilor, spuma albă care apare, crește și apoi dispare în albastrul mării. Aruncă-ți privirea pe plajă și observă culoarea nisipului... este galben... sau poate cenușiu albicios...

Observă pescărușii care se rotesc deasupra valurilor... se scufundă în mare și revin la suprafață... Auzi zgomotul monoton al valurilor, tipătul strident al pescărușilor... Atinge nisipul cald... căutând să percepi senzația de catifelare în timp ce cufunzi ușor mâna în nisip. Atinge nisipul moale, cald și fin cu talpa piciorului... Imaginează-ți acum că te plimbi pe plajă pe nisipul moale și cald... apropiindu-te încet de malul mării... Observi cum nisipul devine mai rece și mai umed pe măsură ce te apropii de mal... Imaginează-ți acum că intri în apă și simți răcoarea care îți cuprinde picioarele... valurile lovesc ușor... parcă îți mângâie picioarele... Remarcă diferența de senzații... partea de sus a corpului este caldă, aproape fierbinte, în timp ce simți răcoare în zona picioarelor...

Imaginează-ți acum că te plimbi de-a lungul țărmului... briza mării îți atinge fața, umerii, brațele... vântul se joacă în părul tău... Simți mirosul specific de mare, de alge... inspiră aerul pur și sărat de mare... Cu miros de apă, pește... alge... Atinge ușor buzele cu limba și simți

gustul sărat... gustul tipic, special de apă de mare... Acum, după ce ai perceput marea și plaja cu toate simțurile tale... îți imaginezi că te așezi pe un prosop moale, sub umbrelă și privești valurile mării care se lovesc ușor de țărm... Trăiești o stare de calm, liniște, pace interioară, amintindu-ți că poți face acest exercițiu și singură ori de câte ori dorești... poți închide ochii revenind în locul tău preferat, unde îți poți încărca bateriile.

Pe măsură ce exersezi mai mult îți este tot mai ușor să te relaxezi din ce în ce mai profund, trăind starea de calm, liniște, pace interioară. Pe măsură ce practici acest exercițiu, zi după zi devii tot mai puternică, tot mai sănătoasă, te simți din ce în ce mai bine... tot mai bine... mintea ta devine tot mai clară, ești tot mai concentrată, mai adunată... gândurile tale sunt tot mai limpezi... Te simți tot mai bine, mai puțin deprimată... mai puțin speriată. Treptat înveți să folosești acest dar pentru a dormi mai bine, fără medicamente. Ești mulțumită de faptul că ai acest dar al imaginației care îți va rămâne pentru totdeauna... Când te simți pregătită, vom reveni din călătoria pe care am făcut-o împreună. Eu voi număra de la 10 la 1, iar tu te vei întoarce de pe malul mării, vei reveni *aici și acum*... Vei reveni în cabinet aducând cu tine starea de calm, liniște, încredere și pace interioară. Număr de la 10 la 1 și revii treptat din călătoria imaginară, revii în ritmul tău personal... și ești gata să faci față vieții cu calm, într-un mod mai sănătos”.

Întrebată fiind cum s-a simțit, Adela a afirmat că a fost destinsă și relaxată, ulterior somnul ameliorându-se în mod semnificativ. Terapeutul i-a recomandat să practice tehnica respectivă de două ori pe zi, timp de câte 15 minute. În cursul ședințelor următoare, i s-a cerut clienței să se proiecteze în viitor și să construiască imaginea ei așa cum dorește să devină. Aceasta a ales să-și reprezinte faptul că are 19 ani, este studentă la o facultate economică și locuiește singură într-o garsonieră. Este sănătoasă, veselă, împlinită. Terapeutul va avea grijă ca scenariul ales de clientă să fie realist, reprezentând un obiectiv posibil de atins.

Instructajul administrat a îmbrăcat forma următoare:

„Adela, așază-te comod pe fotoliu, închide ochii și relaxează tot corpul... brațele tale devin grele, foarte grele... relaxate... tot mai relaxate... întregul corp este destins... relaxat...”

Imaginează-ți acum că te afli într-o mașină a timpului... apeși pe un buton și te deplasezi în viitor... la vârsta de 19 ani. Ai terminat

liceul cu bine... ai luat nota 9,50 la examenul de bacalaureat... ai dat admitere la Academia de Științe Economice, la Facultatea de relații economice internaționale și ai trecut cu bine de prima sesiune de examene. Ești mulțumită de rezultatele tale... Te-ai mutat în garsoniera pe care ți-a lăsat-o moștenire bunica ta..., locuiești singură... ești total independentă... Ți-ai aranjat casa așa cum ai dorit tu... Lucrezi câteva ore pe săptămână la o firmă... ai banii tăi... acumulezi experiență pentru viitoarea profesie... Ai 62 de kilograme și arăți foarte bine... a trecut de mult perioada în care mâncai în exces și apoi vomitai ca să nu te îngrași... Ai un grup de prieteni buni cu care ieși în weekend... La facultate ai fost cooptată într-un proiect internațional de cercetare... În foarte scurt timp ai devenit liderul grupului de studenți... Te vezi pe tine veselă, eficientă, cu umor, arătând bine, fiind admirată și respectată de colegi și prieteni... În continuare îți imaginezi că mergi împreună cu colegii tăi la un restaurant unde luați masa... Savurezi mâncarea și mănânci doar atât cât îți este necesar, în mod natural, firesc, fără disconfortul pe care îl simțeai atunci când te aflai în casa părinților tăi. Ești calmă, relaxată, stăpână pe tine... trăiești un puternic sentiment de confort interior. Interiorizează starea de bine, calm, relaxare... autocontrol... satisfacție că stăpânești situația... că ești admirată, respectată, apreciată... iubită de colegi... Inspiră și expiră profund de câteva ori și pregătește-te să te urci din nou în mașina timpului și să revii aici în cabinet. La întoarcere, aduci cu tine toate experiențele pozitive... bucurie, relaxare, confort, autocontrol, mândrie legată de reușitele tale pe toate planurile.

Aceste experiențe se vor fixa la nivelul minții tale conștiente și la nivelul minții tale inconștiente... ele sunt un dar pe care l-ai primit și îl păstrezi pentru totdeauna... un dar care te va ajuta în demersul tău de vindecare, maturizare, evoluție spirituală. Eu voi număra de la 10 la 1 și tu vei reveni la starea obișnuită, purtând cu tine darul primit în timpul călătoriei în viitor”.

Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să-și descrie în scris experiența avută. Așa cum am mai arătat, Torem (2006) este de părere că atunci când clientul își descrie experiența imaginară folosind timpul trecut, faptul reprezintă un semn că aceasta a fost interiorizată la nivelul instanțelor inconștiente.

Demersul terapeutic a inclus 20 de ședințe săptămânale, în continuare clienta fiind văzută de terapeut o dată pe lună. S-a constatat o

ameliorare evidentă a dispoziției, precum și reglarea conduitei alimentare defectuoase. Clienta se află în acest moment într-un proces de reducere a medicației antidepressive, demers realizat în colaborare cu medicul psihiatru.

XV

Tehnica celor cinci trepte în tratamentul disforiei

1. Tehnica celor cinci trepte

Tehnica a fost pusă la punct de Lynn, Matthews, Focioli, Rhue și Mellinger în anul 2006. Datele clinice au evidențiat faptul că, de cele mai multe ori, simptomele depresiei și anxietății coexistă la același pacient. Studiile epidemiologice au demonstrat că 59,25% dintre clienții care suferă de depresie majoră prezintă concomitent și tulburări anxioase, iar 56% dintre cei diagnosticați cu o tulburare anxioasă acuză și simptome depresive (Joiner, Voeltz și Rudd, 2001; Zajecka și Ross, 1995).

Comorbiditatea este însă diferită în funcție de tipul de tulburare anxioasă sau de dispoziție. Brown și Burlow (2002) au stabilit că depresia majoră, distimia, tulburarea anxioasă generalizată și tulburarea posttraumatică de stres au o rată înaltă de comorbiditate, în timp ce atacurile de panică prezintă un nivel ceva mai scăzut de comorbiditate. Alte studii au evidențiat la rândul lor faptul că 79% dintre clienții diagnosticați cu tulburare anxioasă generalizată, 70% dintre cei cu atacuri de panică, 85% cu tulburare obsesiv-compulsivă și 70% cu fobie socială au suferit în prezent sau în trecut măcar o tulburare de dispoziție cu aspect depresiv (Zajecka și Ross, 1995).

Se pune întrebarea care este tulburarea primară: depresia sau anxietatea? Belzer și Schneider (2004) au constatat faptul că anxietatea reprezintă tulburarea primară în 67,9% dintre cazuri. Primul episod anxios debutează de regulă în copilărie sau adolescență și mai rar după vârsta de 20 de ani. În comparație cu copiii nonanxioși, cei anxioși

prezintă o rată de risc de două până la patru ori mai mare de a dezvolta o tulburare depresivă (Dacey și Fiore, 2000).

Pe de altă parte, incidența depresiei crește semnificativ în adolescență și continuă să crească după vârsta de 20 de ani (Wittchen, Kessler, Phister, Hofler și Lieb, 2000). Se pare că anxietatea precede ca vârstă de debut depresia și pare să servească drept semnal de avertizare al apariției în viitor a unei tulburări depresive (Lynn, Matthews, Rhue, Mellinger, 2006, p. 72). De cele mai multe ori, debutul tulburării depresive este precedat de mai multe episoade anxioase, de prezența unui comportament de tip evitant, precum și de o anumită retragere socială (Wittchen et al., 2000). S-ar putea afirma astfel că simptomele depresive reprezintă un fel de reacție la cele anxioase, pentru că indivizii anxioși nu se simt bine în pielea lor, nu se integrează eficient în mediu și își văd viitorul în culori sumbre, elemente ce pot conduce la apariția depresiei (Sanderson și McGinn, 1997). În același timp, simptomele depresive pot contribui la reducerea întăririlor externe ale strategiilor anxioase de evitare și pot avea consecințe negative de tip anxios asupra autostimei clientului (Brown, Campbell, Lehman, Grisham și Mancil, 2001; Brown, Schulberg, Madonice, Shear și Houck, 1996).

O altă ipoteză ar putea fi aceea conform căreia evenimentele negative de viață și vulnerabilitatea moștenită față de experiențele stresante pot crește riscul de apariție atât a depresiei, cât și a anxietății (Kaufman și Charney, 2000).

Un argument important în favoarea etiologiei comune a depresiei și anxietății ar putea fi acela că ambele tipuri de tulburări răspund la mediația antidepresivă și la psihoterapia cognitiv-comportamentală, tratarea unuia dintre simptome având efecte benefice și asupra celuilalt (Barlow, 2002). În cazul în care depresia reprezintă simptomul primar, anxietatea va include temeri legate de faptul că subiectul nu va putea depăși depresia, temeri referitoare la situația familiei care este dependentă de clientul depresiv, precum și de evaluarea permanentă a obligațiilor care nu pot fi îndeplinite la un nivel satisfăcător. Există și unele studii care au evidențiat faptul că tulburarea anxioasă generalizată și fobia socială preced de regulă debutul depresiei majore, în timp ce atacurile de panică apar după debutul depresiei. În general simptomele vegetative cum ar fi anorexia, scăderea în greutate, reducerea libidoului sunt mai frecvent prezente în depresie, în timp ce simptomele asociate cu hiperactivitatea sistemului nervos ve-

getativ (simpatic) — tahicardia, transpirațiile excesive, hiperventilația etc. — sunt specifice anxietății (Maser, Weise și Gwirtsman, 1997). Atunci când anxietatea este simptom primar, insomnia de adormire însoțește starea anxioasă și nu se înregistrează modificări la nivelul activității psihomotorii, în timp ce în cazul depresiei ca simptom primar primează dispoziția tristă și insomnia de trezire și se constată o anumită lentoare psihomotorie (Clayton, 1990).

Cunoașterea acestor elemente este foarte utilă pentru că permite o mai bună focalizare a tratamentului atunci când depresia și anxietatea sunt simultan prezente ca în cazul disforiei. Această condiție psihopatologică este caracterizată prin trăirea unei stări de nefericire, insatisfacție, pesimism, neliniște, tensiune psihică și un sentiment permanent de disconfort (Baker, 1999). Depresia și anxietatea corelează în proporție de 0,61% (Dobson, 1985). Se mai înregistrează și alte tipuri de simptome cum ar fi: tulburări de somn, tulburări ale apetitului, dificultăți de concentrare a atenției, iritabilitate, fatigabilitate și acuze somatoforme nespecifice (Zajeca și Ross, 1995). Anxietatea și depresia sunt la rândul lor asociate cu cogniții de tip negativ, comportamente cu aspect dezadaptativ, imagine de sine negativă și predicții negative referitoare la viitor (Sanderson și McGinn, 1997).

Simptomele disforiei tind să se cronicizeze, recăderile sunt frecvente, iar funcționalitatea socială a subiectului este serios modificată. Disforia este asociată și cu un risc suicidal crescut, o idee cu conținut suicidal mai intensă, consum abuziv de alcool, dereglări în sfera socială și ocupațională și un pronostic rezervat pe termen scurt și lung (Belzer și Schneider, 2004; Joiner et al., 2001). Pronosticul rezervat reprezintă o cerință pentru o opțiune terapeutică mai eficientă. Deși majoritatea abordărilor terapeutice se bazează pe tratamentul medicamentos, în ultimul timp s-au constatat rezultate îmbucurătoare obținute prin intermediul terapiei cognitiv-comportamentale, al terapiei bazate pe rezolvarea de probleme, precum și al terapiei interpersonale (Belzer și Schneider, 2004; Goldberg, 1999; Joiner et al., 2001; Sanderson și McGinn, 1997). Lynn și Kirsch (2006) sunt de părere că hipnoza poate amplifica efectele altor tipuri de tratament în ceea ce privește ameliorarea simptomelor depresive și anxioase. Efectele acestora s-au dovedit utile mai ales în combinație cu strategiile terapiei cognitiv-comportamentale și interpersonale.

Autorii propun un model bazat pe cinci elemente sau pași

Strategiile cognitiv-comportamentale au drept obiectiv identificarea și modificarea: a) gândurilor și convingerilor iraționale (inflexibile, distorsionate, exagerate) referitoare la propria persoană, trecutul și viitorul acesteia; b) ruminățiilor referitoare la problemele nerezolvate, experiențe nereușite și posibile evenimente negative care ar putea avea loc în viitor; c) convingerilor generatoare de depresie sau anxietate ce vor rămâne pentru totdeauna neschimbate (Yapko, 1993, p. 344).

Spre deosebire de abordarea cognitiv-comportamentală, psihoterapia interpersonală (Klerman, Weissman, Rounsaville și Chevron, 1984) se adresează conflictelor și problemelor din sfera rațională, reacțiilor de doliu sau de pierderi nerezolvate, problemelor legate de comportamentele de rol sau deficiențele în sfera abilităților sociale (absența empatiei sau a deprinderilor de comunicare eficiente). Psihoterapia interpersonală s-a dovedit a fi eficientă în psihoterapia tulburărilor depresive rezistente, în combinație cu medicația antidepressivă (Weissman et al., 1979; Elkin et al., 1989). Același demers terapeutic s-a dovedit util și în ameliorarea clienților care sufereau de anxietate generalizată; obiectivul terapiei fiind comutarea atenției acestora de la pericolele anticipate percepute ca fiind provocate de interacțiunile sociale disfuncționale, precum și creșterea atenției empatice față de nevoile celorlalți (Newman et al., 2003, p. 329).

Hipnoza și-a dovedit, la rândul său, utilitatea în optimizarea efectelor psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor anxioase (Schoenberger, 2000).

Mellinger și Lynn (2003) propun pentru tratamentul tulburării disforice un demers terapeutic denumit de ei „abordare inversată”. Acest demers presupune:

- Identificarea, combaterea și modificarea stilului de gândire negativă, catastrofică, precum și a convingerilor disfuncționale de bază care conduc la apariția disforiei;
- Construirea la clienții demoralizați a unor expectații pozitive legate de posibilitatea schimbării;
- Stoparea tendinței de evitare a situațiilor stresante la anxioși, precum și a angajării în activități semnificative, cu caracter provocativ, în cazul depresiei;

- Dezvoltarea capacității de a accepta experiențele de viață și de a realiza alegeri cu conținut pozitiv pentru a optimiza calitatea vieții;
- Utilizarea unor tehnici menite să corecteze relațiile interpersonale deficitare și să mențină un mod sănătos de funcționare în plan social.

Gândirea negativă cu conținut catastrofic reprezintă nucleul de bază al tulburărilor anxioase și depresive (Beck, 1976; Ellis, 1962; Ellis și Dryden, 1997). Catastrofizarea reprezintă eroarea de bază a gândirii disforice, gândire prin intermediul căreia clienții exagerează consecințele negative ale unor evenimente. Persoanele anxioase au tendința de a prevedea producerea a tot felul de nenorociri și dezastre, în timp ce persoanele depresive consideră că vor eșua în tot ce vor întreprinde, luând în calcul doar eșecurile din trecut și ignorând succesele. Gândurile negative automate ale clientului depresiv abordează teme legate de pierdere, respingere, iar ale celui anxios, teme legate de posibile amenințări.

Beck (1976) se referea la așa-numita triadă cognitivă a gândurilor negative automate, gânduri care se referă la propria persoană, la lume în general și la viitor. Demersul cognitiv va avea ca obiect identificarea gândurilor și convingerilor automate și a distorsiunilor cognitive care stau la baza lor, combaterea acestora și înlocuirea cu gânduri și convingeri cu conținut mai realist. Kirsch (1985), Kirsch și Lynn (1999) sunt de părere că disforia poate fi considerată o tulburare datorată *profeției autoîmplinite*, deoarece subiecții anxioși se tem de faptul că le este teamă, iar cei depresivi sunt convinși de faptul că sunt lipsiți de valoare pentru că sunt depresivi.

Un element important în cadrul demersului terapeutic îl reprezintă evaluarea expectațiilor clientului disforic deoarece, cu cât expectațiile de natură anxioasă sunt mai puternice, cu atât mai puternice sunt tendințele de evitare, pentru că evitarea îl ajută pe client să scape de situația de care se teme, iar anxietatea, în loc să scadă, este întărită. Mai mult, comportamentul de evitare îl împiedică pe client să învețe din experiența directă faptul că temerile sale sunt nerealiste și exagerate. Evaluarea anxietății nu trebuie să se refere doar la situațiile specifice care sunt evitate, ci și la gândurile și stările afective cu conținut anxios. În ceea ce privește gândurile cu conținut depresiv, terapeutul le va evalua mai ales pe cele referitoare la evitarea riscului, provocărilor, asumării responsabilității, precum și pe cele legate de pierderi

sau eșecuri anticipate. Amenințarea cu pierderea, respingerea și abandonul este adesea asociată cu evitarea unor relații interpersonale cu potențial gratificant, persoana depresivă refugiindu-se tot mai mult în pesimism, nesiguranță și gânduri legate de eșec.

Un alt aspect ce trebuie avut în vedere în cazul terapiei clienților disforici se referă la tendințele de ruminare a unor evenimente de cele mai multe ori cu conținut negativ („Faptul că nu mi-a telefonat înseamnă că nu ține la mine” sau „Bărbații m-au respins întotdeauna..., nu merită să ai încredere în ei”). Ruminațiile accentuează depresia, justifică tendințele de evitare, creează subiectului senzația de imobilitate, împiedică abordarea frontală a problemelor și accentuează anxietatea și nesiguranța (Morrow și Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema, 2000).

Studiile clinice au evidențiat faptul că reprimarea conștientă a unor gânduri indezirabile nu face decât să accentueze tendința subiectului de a le derula sau de a se angaja în acțiunile pe care acestea le presupun (Polivy și Herman, 1985; Strauss, Doyle și Kreipe, 1994; Wegner, Schneider, Carter și White, 1987). Rezultă de aici în mod evident faptul că pe măsură ce tulburările de tip disforic sunt tot mai refulate de client, acestea se accentuează tot mai mult.

Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să identifice ce anume are acesta tendința de a evita și să se confrunte cu situația de care se teme. Acceptarea și ventilarea emoțiilor negative conduc la succes în plan terapeutic (Greenberg și Safran, 1986).

Studiu de caz

Georgiana are 23 de ani și este studentă la o facultate de psihologie. Ea s-a prezentat la cabinet pentru dispoziție depresivă și atacuri de panică ce apar cam o dată la două săptămâni, când clienta prezintă: amețeli, tahicardie, dificultăți de respirație, jenă în zona toracelui, senzația că toate gândurile ei o iau razna și teama de moarte.

Tulburările s-au declanșat atunci când a căzut la examenul de fundamente ale psihologiei și o colegă i-a spus că „ceva nu este în regulă cu ea” și că ar trebui să se adreseze Centrului de Psihoterapie Experiențială din cadrul facultății, ceea ce nu a făcut, de teamă că vor afla mai mulți colegi despre problemele ei. În cele din urmă, clienta a ajuns la cabinetul nostru, care se afla în afara universității. La prima întâlnire ea a afirmat că se simte „lipsită de valoare, de speranță,

de motivație”. Clienta nutrea gânduri ruminative referitoare la faptul că va pierde anul și că nu este potrivită pentru profesia de psiholog.

În timpul liceului, Georgiana fusese premiantă I în toți anii, luase locul întâi pe țară la olimpiadele de psihologie, biologie și literatura română, iar consilierul școlar pe care l-a consultat a asigurat-o că profesia de psiholog i se potrivește.

Pierderea examenului a declanșat la clientă un val de gânduri negative legate de eșec, inutilitate, cât și de faptul că nu va putea trece niciodată acel examen și va pierde anul. În timpul interviului clienta a relatat faptul că a devenit „fobică” față de învățare, s-a izolat de prieteni, a început să consume alcool de una singură, nu s-a mai interesat suficient de igiena personală și nu a mai făcut curat în apartament timp de două săptămâni.

Ori de câte ori primea o temă pentru acasă considera că nu este în stare să o facă. Clienta stătea toată ziua la televizor sau naviga pe internet, afirmând că se simte în permanență încordată ca un arc. Atunci când nu declanșa comportamente de evitare, Georgiana nutrea sentimente de culpabilitate, gândindu-se permanent la eșecurile trecute, când nu fusese la înălțimea așteptărilor părinților față de ea.

Interviul clinic a evidențiat faptul că problemele ei erau mult mai profunde, examenul pierdut reprezentând doar un factor declanșator. Tatăl clientei, fost antrenor de atletism, alcoolic cronic, internat la clinica de psihiatrie pentru mai multe episoade maniacale, se afla acum în șomaj. Familia s-a aflat de mai multe ori în pericol să rămână pe drumuri, deoarece tatăl a jucat sume importante de bani la cazinou. Atmosfera din familie era tensionată. Mama era depresivă, iar sora mai mare a avut două tentative de suicid, când s-a certat cu prietenul. Fratele mai mic, în vârstă de 16 ani, a început să consume droguri, iar Georgiana se simțea vinovată pentru că nu a făcut nimic pentru a-l ajuta.

Deși era considerată reușita familiei, Georgiana nu-și putea ierta eșecul, trăind cu ideea că este de fapt o ratată.

Clienta nu-și exprima stările emoționale de teama de a nu o supăra și mai mult pe mama ei depresivă. Atitudinea de evitare a conflictelor, declanșată de mamă, combinată cu firea certărească, agresivă, imprevizibilă și adictivă a tatălui au contribuit la rândul lor, la reprimarea sentimentelor de tristețe, mânie și culpabilitate ale clientei. Aceste sentimente erau îndreptate cu precădere împotriva tatălui, care nu o lău-

da niciodată și punea sub semnul întrebării absolut tot ce făcea clienta și el nu putea controla. Deși în ultimii ani tatăl s-a lăsat de băutură și a obținut un serviciu la un club sportiv, Georgiana tot nu avea încredere în el, ea temându-se că acesta își va relua vechile obiceiuri.

Georgiana se descria pe sine ca pe un copil timid, temător, înclinat spre îngrijorare. Acasă citea aproape tot timpul, era o elevă eminentă, făcea parte din cenaclul literar al școlii și avea câteva prietene. Deși era preferata profesorilor, ea nu se simțea în largul său nicăieri. Atunci când era curtată de vreun băiat se simțea jenată, la fel ca atunci când trebuia să facă față unor conversații facile în grup.

În timpul liceului, Georgiana obișnuia să se refugieze în lectură și studiu, preferând romanele polițiste și literatura științifico-fantastică. În această perioadă, clienta a avut și mai puțini prieteni, temându-se să nu fie pusă în situația de a dezvălui problemele de acasă. Ea se străduia permanent să evite conflictele și să păstreze o aparență de persoană încrezătoare în sine pentru a-și masca sentimentele de inadecvare. Înainte de a se prezenta la psihoterapie, a avut o scurtă relație intimă cu un coleg pe care l-a numit primul ei prieten, dar a rupt această legătură foarte repede.

2. Etapele demersului în cinci trepte (Mellinger și Lynn, 2003)

2.1. Componenta cognitivă

Georgiana și-a fixat ca obiective terapeutice să ia examenul la fundamentele psihologiei; să termine facultatea, să se elibereze de dispoziția proastă și să-și poată exprima în mod deschis sentimentele. Ca și în alte cazuri de disforie, stările afective negative ale clientei datau de multă vreme și aveau la bază atât o predispoziție ereditară, cât și o istorie familială plină de evenimente stresante, un mod negativ de gândire, mecanisme neadecvate de adaptare și incapacitatea de a tolera disconfortul produs de situațiile conflictuale.

În cadrul primelor ședințe a fost descrisă tehnica terapeutică în cinci trepte, insistându-se în mod special asupra hipnozei clinice. Hipnoza a fost prezentată ca o modalitate de a canaliza resursele adaptative ale clientei într-o manieră eficientă, pentru a-și atinge obiectivele. Depresia și anxietatea au fost abordate simultan și conform metodei elaborate de Sanderson și McGinn (1997).

În urma interviului clinic a rezultat faptul că atacurile de panică o demoralizau pe clientă, pentru că îi dădeau senzația că-și pierde autocontrolul și îi limitau activitățile. Atacurile de panică au fost abordate prin intermediul unei tehnici de relaxare cu respirație controlată, treptat trecându-se la autohipnoză. S-au folosit astfel relaxarea musculară și autohipnoza.

Instructajul administrat clientei a fost următorul (adaptat după Lynn, Matthews, Fravioli, Rhue și Mellinger, 2006):

„Stai comod pe fotoliu, într-o poziție destinsă. Îți amintești cum ai învățat să mergi pe bicicletă? La început poate că te-ai întrebat dacă ești în stare să o faci... dacă poți trăi senzația plăcută pe care o încerci atunci când mergi pe bicicletă... simțind adierea plăcută a vântului care îți atinge fața, gâtul... brațele... tot trupul... și la un moment dat ai realizat faptul că poți să o faci... că poți să te urci pe bicicletă și să mergi... să simți cum vântul se joacă în părul tău... să simți plăcerea mișcării... satisfacția că poți să te deplasezi acolo unde dorești... și totul devine din ce în ce mai ușor, tot mai ușor, astfel încât nu mai trebuie să-ți propui să deții controlul, știind că de fapt controlezi direcția spre care te îndrepti...

Treptat îți dai seama că același lucru se întâmplă și în cazul hipnozei... Și în timpul hipnozei poți să călătorești acolo unde îți dorești... tu decizi dacă vrei să reacționezi sau nu... dacă dorești să-ți imaginezi ceva sau nu, dacă dorești ca sugestiile să devină realitate. Îți este tot mai ușor să faci... este ca și mersul pe bicicletă...

După ce vom exersa puțin împreună, îți vei da seama că orice hipnoză este de fapt o autohipnoză... Tu ești cea care creează propriile tale experiențe cu ajutorul imaginației... Nimeni nu poate face asta în locul tău... Tu poți crea sugestii care sunt folositoare pentru tine... numai pentru tine... Eu pot să te ajut dacă dorești, dar tu ești cea care va face aceasta pentru că tu te cunoști cel mai bine... Tu poți crea sugestii care sunt folositoare pentru tine... numai pentru tine... Acum relaxează-te tot mai mult, tot mai profund... Eu îți voi da unele sugestii pe care tu poți să le faci să pară reale... reale pentru tine... După ce te vei obișnui cu hipnoza, vei genera propriile sugestii... sugestii care te vor ajuta să-ți atingi scopurile... Acum ai învățat să te relaxezi și să te lași dusă de firul imaginației... Când erai copil și învățai să mergi, cădeai adesea... aveai nevoie de ajutor.

Pe măsură ce învățai să mergi, deveniai tot mai puternică, tot mai puternică, aveai tot mai puțină nevoie de ajutor... deveniai tot mai

încercătoare în forțele tale... mușchii tăi se întăreau, deveneau tot mai stăpână pe tine... Astăzi ești capabilă să mergi singură, să stai pe propriile picioare... să iei propriile decizii... Astăzi ești încredătoare în forțele proprii, în faptul că te poți bucura de hipnoză, lăsându-te purtată de cuvintele mele... trăind propria experiență de relaxare... liniște... destindere. Ești conștientă de faptul că ai nevoie de o anumită tensiune musculară pentru a face față activităților de zi cu zi... pentru a vorbi... dar știi că nu trebuie să vorbești în timpul hipnozei... dar dacă dorești, poți să o faci...

Ai nevoie de o anumită tensiune musculară pentru a putea merge... dar nu trebuie să mergi atunci când te afli în hipnoză... doar dacă dorești să o faci... Ai nevoie de o anumită tensiune musculară pentru a deschide ochii și a-i menține deschiși... dar nu e nevoie să deschizi ochii în timpul hipnozei decât dacă dorești să o faci... Acum chiar aș dori să închizi ochii... lasă pleoapele grele, foarte grele, lasă pleoapele să se odihnească... să se închidă de la sine... ochii se odihnesc... se relaxează... lasă tot corpul să se relaxeze tot mai mult... tot mai mult... eliberează-te de tensiunea inutilă... Corpul tău devine tot mai relaxat, tot mai relaxat... brațele devin tot mai grele... picioarele tot mai grele... tot mai grele... tot corpul este cuprins de o greutate plăcută și odihnitoare... corpul tău se relaxează tot mai mult... Ai nevoie de foarte puțină tensiune musculară pentru a putea respira, pentru a putea vorbi... pentru a putea merge... pentru că toate aceste procese au loc în mod automat.

Te relaxezi tot mai mult, și mai mult... corpul tău este tot mai destins, tot mai relaxat... poate chiar mai relaxat decât atunci când dormi... În timp ce te relaxezi tot mai mult, aș dori să acorzi atenție respirației tale. Inspiră și expiră calm și relaxat... inspiră... expiră... Inspiră... oprește un timp respirația și observă tensiunea care apare în corpul tău... apoi expiră lent și liniștit, relaxând tot mai mult întregul corp. Inspiră din nou, oprește respirația și expiră lent, relaxând tot mai mult întregul corp. Inspiră din nou, oprește respirația și expiră lent, relaxând tot mai mult toți mușchii... inspiră, oprește respirația, expiră și relaxează corpul... Respirația ta devine tot mai relaxantă... Odată cu fiecare expirație elimină orice tensiune, orice încordare...

Atunci când te vei mai simți încordată, tensionată în timpul zilei sau poate noaptea expiră calm și liniștit, lăsând inspirația să se desfășoare de la sine. Respirația ta devine tot mai calmă, tot mai relaxată... tot mai relaxată... tot mai relaxată. Spune-ți în gând că te simți

tot mai liniștită, tot mai relaxată pe măsură ce inspiri și expiri calm, profund... calm, liniștit. Inspiră și expiră calm și liniștit de câteva ori. Pe măsură ce inspiri și expiri tot mai liniștit, te simți din ce în ce mai bine, tot mai bine”.

Acest exercițiu a fost realizat în primele trei ședințe de psihoterapie, clienta fiind instruită să practice relaxarea și individual acasă, timp de 15 minute zilnic. De asemenea, i s-a sugerat să practice respirația controlată ori de câte ori trebuia să se confrunte cu o situație stresantă.

În cursul celei de-a treia ședințe, Georgiana a învățat să detecteze tensiunile musculare din corp și să destindă musculatura atât cât considera necesar. De asemenea, ea a fost instruită să observe cum stările afective negative apar și dispar, fiind treptat înlocuite cu unele pozitive. Un alt exercițiu care s-a dovedit util pentru a stopa ruminările cu conținut depresiv anxios a constatat în „ancorarea în prezent”, clienta învățând să se concentreze asupra unor elemente senzoriale specifice situației (sunete, culori, imagini, senzații corporale). Atacurile de panică s-au redus în mod simțitor (nu au mai apărut timp de o lună), clienta conștientizând faptul că multe dintre senzațiile care îi produceau panică nu prevesteau nicio catastrofă, ci exprimau o concentrare exagerată asupra supraîncordării musculare și a unor modificări fiziologice minore.

2.2. Restructurarea cognitivă

Ședințele a patra până la a opta au fost dedicate identificării, cunoașterii și modificării gândurilor și convingerilor disfuncționale negative.

Prezentăm mai jos câteva exemple de gânduri negative și gânduri alternative realiste (adaptare după Lynn și Kirsch, 2006).

Cânduri dezadaptative	Distorsionări cognitive	Efecte negative	Presupuse efecte benefice	Soluții adaptative
Ar fi trebuit să lucrez mai mult săptămâna aceasta.	Imperativ categoric (trebuie neapărat).	Mă face să mă simt vinovată, deprimată, inactivă, lipsită de valoare.	Mă motivează (deși prin culpabilizare).	Trebuie să fac mai multă mișcare, să mă plimb cu prietenul meu. Astfel voi obține rezultate mai bune.

Totul este lipsit de speranță. Nu are rost să mai încerc.	Amplificare	Mă determină să renunț să mai fac vreun efort. Mă determină să recurg la alcool.	Mă oprește să fac eforturi inutile; mă ajută să evit eșecurile viitoare. Am în față mai multe posibilități.	Mai bine să văd ce se poate întâmpla; viitorul este promițător.
---	-------------	--	---	---

Aflată în stare de relaxare, clienta a fost instruită să se confrunte în mod deliberat cu cognițiile negative și apoi să-și imagineze că poate face în așa fel încât vocea interioară care o critica mereu să sune mai tare sau mai încet, astfel încât ea să obțină un anumit control asupra dialogului interior care se desfășoară în mintea ei. Treptat, ea a învățat să procedeze în așa fel încât vocea interioară cu conținut negativ să sune mai încet și să-și imagineze cum gândurile negative ies afară odată cu aerul expirat, în timp ce soluțiile alternative pătrund în mintea sa odată cu fiecare inspirație. Strategii specifice terapiei interpersonale au fost aplicate pentru managementul conflictelor.

Clienta a căzut de acord împreună cu terapeutul să participe la realizarea unei întâlniri cu membrii familiei, acesta din urmă jucând rolul de mediator. În cadrul acestei întâlniri clienta a reușit să discute despre sentimentele sale de culpabilitate legate de drogodependența fratelui.

2.3. Componenta comportamentală

Clienta s-a angajat să practice zilnic timp de 20 de minute exercițiul de relaxare cu identificarea și înlocuirea gândurilor negative disfuncționale.

În cadrul următoarelor ședințe de psihoterapie a fost administrat instructajul:

„La poziția de relaxare și lasă corpul foarte moale, destins, relaxat. Inspiră și expiră calm și liniștit, calm și liniștit. Imaginează-ți acum o tablă neagră pe ecranul mental... o tablă pe care notezi cu creta trei activități pe care dacă le realizezi te vei simți mult mai bine. Notează cele trei tipuri de activități în ordinea importanței pe care o au pentru tine... Îți vei adresa în gând întrebarea: „Care este lucrul cel mai potrivit pe care trebuie să-l fac acum?... Împarte fiecare sarcină în pași mici, așa încât să-ți fie ușor să o duci la îndeplinire... relaxează-te tot mai mult,

și mai mult... Stabilește-ți obiective clare pe care le poți atinge... învață să trăiești conform propriilor standarde... învață să-ți iei viața în stăpânire... caută să te vezi pe tine liberă, creativă, optimistă, flexibilă...

Capabilă să-ți stabilești obiective pe care să le atingi etapă cu etapă, fără efort, ca de la sine... întrebându-te mereu care este cel mai bun lucru pe care pot să-l fac acum... liberă, stăpână pe tine, creativă... reconstruindu-ți existența zi de zi...”

2.4. Componenta spirituală a psihoterapiei

În ședința a cincea de terapie, Georgiana a relatat faptul că se simte mai bine, mai relaxată, dar în același timp concentrată pe studiu, eficientă, eliberată de sentimentele de culpabilitate și ostilitate față de părinți, mai ales față de tatăl său. Clienta a relatat și faptul că a neglijat latura spirituală a existenței pentru că s-a autoblamat, considerând că nu merită să evolueze și să intre în contact cu divinitatea.

În această etapă, clientei i-a fost administrat în stare de relaxare următorul instructaj:

„Pe măsură ce te relaxezi tot mai mult și respirația ta devine tot mai calmă, tot mai liniștită... imaginează-ți că iei legătura cu forța superioară care conduce universul... intri pe aceeași lungime de undă cu Dumnezeu... Eul tău real... Eul tău spiritual care cuprinde tot ce este mai bun în tine... toate rezervele de generozitate, frumusețe sufletească, înțelegere, blândețe... intră în contact cu divinitatea...”

Imaginează-ți că în zona inimii tale se află o floare albastră care seamănă cu un lotus... o floare cu multe petale care se deschide și primește o lumină caldă, aurie... care îți umple inima și toată ființa de bucurie, încredere... dragoste... care te ajută să depășești teama, tristețea... oboseala... durerea... îți dă puterea să accepți lucrurile pe care nu le poți schimba... să schimbi lucrurile care pot fi schimbate în bine... să depășești teama, tristețea, disperarea... îți dă înțelepciunea de a face diferența între ceea ce poți schimba și ceea ce nu poți schimba... îți dă forța și încrederea să devii tot mai stăpână pe tine, tot mai înțeleaptă... tot mai împlinită sufletește”.

2.5. Etapa de conștientizare și acceptare a propriei persoane (meditația)

Georgiana a relatat faptul că nu a mai trăit în aceeași măsură starea de anxietate, a renunțat la alcool și a început să se pregătească sistematic pentru examenul pierdut. De asemenea, relația cu prietenul și cu părinții s-a îmbunătățit în mod simțitor.

În aceasta etapă, ne-am propus să introducem o tehnică de autoreglare psihică. Am optat pentru metoda conștientizării propusă de Kabat-Zinn (2005) ce presupune concentrarea atenției asupra experienței prezente într-un mod necritic, clientul acceptând atât experiențele pozitive, cât și pe cele negative ale existenței, detașat fiind de propria persoană.

Prezentăm mai jos sugestiile administrate subiectului aflat în relaxare sau transă hipnotică (adaptat după Linnehan, 1993):

„Imaginează-ți că mintea ta este ca un cer albastru, iar senzațiile, sentimentele sunt ca niște nori care vin și pleacă... urmărește-i calm și liniștit cum alunecă lin... vin și pleacă...”

Pe măsură ce te relaxezi tot mai mult, tot mai profund... urmărind respirația care este tot mai calmă, mai liniștită... observă-ți gândurile și detașează-te de ele... Nu ignora niciun gând care apare... dar nu reacționează la el... observă-l și atât... și apoi lasă-l să dispară. Ești conștientă că aceste gânduri sunt ca un fel de înregistrări sonore sau ca un fel de diapozitive... sunt reacții condiționate pe care le-ai învățat de-a lungul vieții...iei act de prezența lor și apoi le lași să se ducă... relaxată, detașată... Chiar dacă gândurile care îți vin în minte sunt plăcute și ai dori să le păstrezi, lasă-le să se ducă... să se îndepărteze... observându-le cu calm și detașare... ca și cum ar fi un șuvoi de apă cu stropi mai mari sau mai mici care se schimbă mereu, nu este niciodată același... sunt gândurile tale care curg... vin și pleacă... fiind conștientă că poți să reacționezi la ele... sau să nu reacționezi... fiind conștientă de faptul că ele vor fi mereu altele... fiecare gând va fi înlocuit de un altul... ca și picăturile șuvoiului de apă, mereu schimbătoare care este viața ta...”

În finalul terapiei clienței i-a fost prezentat un simbol care descria o mână cu cinci degete, fiecare deget reprezentând o componentă a demersului terapeutic: componenta psihosomatică, cognitivă, comportamentală, spirituală și cea de meditație și conștientizare. Aflată în stare de relaxare sau transă hipnotică, cliența și-a reprezentat că privește mâna cu cele cinci degete și apoi o face pumn și strânge pumnul, imaginându-și că acesta reprezintă forța sa interioară (Lynn, Matthews, Fraioli, Rhue și Mellinger, 2006).

Cliența a continuat să practice autohipnoza și relaxarea în mod independent. Ea și-a terminat studiile universitare de psihologie în mod strălucit și acum este înscrisă la un master de psihoterapie cognitiv-comportamentală, visând să devină un bun terapeut.

3. Hipnoza în terapia ostilității și a mâniei

Foarte mulți clienți tratați pentru tulburări depresive afirmă faptul că trăiesc adesea și sentimente de ostilitate, iritabilitate și chiar crize de mânie. Ostilitatea și mânia, dacă nu sunt bine controlate, pot avea drept consecință producerea unor acte auto- și heteroagresive, precum și accentuarea depresiei. Această accentuare are loc mai ales atunci când clienții încearcă sentimente de jenă și culpabilitate, atunci când au agresat persoane apropiate.

Relațiile interpersonale deja afectate de atitudinile negative, de lipsa simțului umorului, de reducerea calității comunicării și a dorinței de a desfășura activități comune pot degenera ușor atunci când ostilitatea iese la suprafață, căpătând un caracter distructiv (Simmelroth, 2005).

Zarren (2006, pp. 122–123) ne prezintă câteva puncte de vedere referitoare la ostilitatea persoanelor depresive:

3.1. Ostilitatea învățată ca strategie de control în cadrul familiei

Potter-Efron (2004) considera că mânia reprezintă un răspuns învățat, menit să-i controleze pe ceilalți și care apare în familiile disfuncționale. Acestea prezintă următoarele caracteristici:

- Membrii familiei consideră că mânia de intensitate crescută este un fenomen normal și se așteaptă ca ea să se producă.
- Interacțiunile au loc în așa fel, încât membrii familiei nu se ascultă unul pe celălalt până când unul dintre aceștia nu devine excesiv de mânios.
- Membrii familiei utilizează mânia pentru a-și rezolva problemele.

Mânia reprezintă în același timp un fenomen învățat, modelat și o manieră negativă de a atrage atenția celorlalți asupra persoanei în cauză. Această stare afectivă conferă subiectului putere asupra celorlalți, o imagine de sine de persoană de temut, distanță emoțională care permite evitarea intimității, precum și a altor sentimente considerate amenințătoare, care exprimă vulnerabilitatea. De pildă, mânia poate reprezenta un mecanism de apărare împotriva tristeții (O'Connor, 2001).

3.2. Mânia ca modalitate de a-i controla pe ceilalți

Intimidându-i pe ceilalți, subiectul îi poate determina pe aceștia să se supună voinței sale. Persoanele deprimare care și-au pierdut controlul încearcă să-i controleze pe ceilalți exprimându-și insatisfacția

față de aceștia, criticându-i în mod continuu, fapt ce le produce acestora din urmă un sentiment de insatisfacție și alterează relația interpersonală.

3.3. Mânia ca reacție la amenințare

Subiecții care se simt amenințați prezintă frecvent reacții de furie, încercând să recâștige astfel controlul. Amenințările pot fi de multe feluri: fizice, interpersonale, financiare, emoționale și spirituale. Persoana care suferă o amenințare reală sau imagină are o descărcare bruscă de adrenalină care, la rândul ei, poate genera un comportament irațional. Depresivul se simte în mod special amenințat în ceea ce privește securitatea personală sau competența.

3.4. Mânia și sentimentul de neajutorare dobândită

Persoanele se simt prinse în capcană sau victimizate și simt că nu pot întreprinde nimic pentru a ieși din situație, iar sentimentele pe care le trăiesc sunt neajutorarea și mânia. Circumstanțele care îi determină pe oameni să se simtă victime pot fi de natură externă (disponibilizarea, falimentul) sau internă, când subiectul se simte lipsit de valoare, sortit să eșueze și nimic nu poate fi făcut pentru a ameliora situația.

Yapko (2001) considera că reacția de mânie reprezintă o formă de control de tip secundar, care ajută subiectul să reinterpreteze situația frustrantă care nu poate fi modificată.

3.5. Mânia și expectațiile nerealiste

Unul dintre declanșatorii cei mai importanți ai reacțiilor de mânie și depresie îl reprezintă situația în care subiectul a investit emoțional într-un anumit obiectiv și acesta nu este atins, mai precis atunci când lucrurile nu se petrec așa cum a dorit acesta. Mânia și disperarea cuprind subiectul mai ales atunci când acesta are expectații nerealiste în legătură cu maniera în care crede că vor acționa ceilalți.

În ciuda opiniei comune, conform căreia este sănătos ca cineva să-și exprime liber mânia, realitatea demonstrează exact contrariul, și anume exprimarea ostilității nu o reduce, ci, dimpotrivă, o amplifică. Crizele de furie necontrolată vor alimenta convingerile negative în legătură cu propria persoană, imaginea de sine scăzută și vor deteriora relațiile cu cei din jur.

Obiectivele hipnoterapiei în cazul mâniei și ostilității vor fi următoarele Kassiove și Tafrate (2002); McKay și Rogers (2000):

- construirea unui set de expectații cu caracter mai realist;
- învățarea unor tehnici de control al impulsurilor;
- dezvoltarea unor relații pozitive și sănătoase cu cei din jur;
- ajutarea subiectului să se retragă din situațiile amenințătoare.

Zarren și Eimer (2002) au utilizat hipnoza pentru a-i ajuta pe clienți să-și gestioneze sentimentele de ostilitate. Aceștia au fost învățați să detecteze declanșatorii sentimentelor de mânie, apariția acestora în fază incipientă, să reducă și să amâne reacțiile la frustrare, oferindu-și un interval de timp pentru a reacționa mai adecvat, și să-și construiască un set de expectații mai realiste.

Strategiile hipnoterapeutice cel mai frecvent utilizate sunt:

- relaxarea pentru întreruperea escaladării sentimentelor de mânie;
- strategiile de imagerie dirijată (vizualizare) cum ar fi tehnica „luminii aurii vindecătoare” pentru reducerea stresului și atenuarea sentimentelor de mânie (Middleton-Moz, Tener și Todd, 2004);
- autohipnoza;
- tehnicile de control al respirației;
- tehnicile de meditație.

Studiu de caz

Sergiu, un compozitor în vârstă de 49 de ani, a fost diagnosticat cu tulburare distimică pe fondul unui consum abuziv de alcool. Clientul a fost tratat cu ajutorul hipnozei clinice.

Obiectivele terapiei au fost:

- reducerea sentimentului de neajutorare amplificat de stările de ostilitate și mânie;
- elucidarea cauzelor problemelor sale inclusiv a sentimentelor de ostilitate;
- procesarea acestor sentimente și redefinirea acestora;
- învățarea autohipnozei pentru obținerea autocontrolului asupra stărilor afective și prevenirea recăderilor.

Sergiu era căsătorit cu o traducătoare în vârstă de 43 de ani, care dispunea de venituri mai stabile și susținea familia din punct de vedere economic. Cei doi aveau împreună o fetiță de 13 ani.

Prima ședință

În timpul primului interviu, Sergiu a afirmat că s-a prezentat la psihoterapie pentru că avea frecvent crize de furie în timpul cărora distrugea obiectele din casă și adresa injurii soției și fiicei. Aceasta se temea că lucrurile vor scăpa de sub control și că le va agresa sau va agresa pe altcineva. Clientul afirma că după aceste crize se simțea deprimat, neajutorat și lipsit de vlagă, incapabil să mai compună ceva.

Obiectivul prioritar în acest caz a fost reducerea crizelor de furie care puteau deveni periculoase. Întrebat fiind cum decurge o zi obișnuită, Sergiu a relatat faptul că se trezește la ora șapte și se ocupă de treburile gospodărești, în timp ce soția sa se află la serviciu. Între orele 12 și 14 se așază la pian și încearcă să compună ceva. După-amiaza primește doi studenți pe care îi are în îndrumare, iar începând de la ora 20 începe să consume alcool (băuturi distilate) până aproape de miezul nopții. Clientul avea mese neregulate, consumând carne și dulciuri în exces și nu practica exerciții fizice. Cu toate acestea, starea sa de sănătate era relativ bună. Întrebat fiind cum se raportează la excesul de alcool, Sergiu a afirmat că o parte din el se detesta pentru asta, în timp ce altei părți nu îi păsa.

Terapeutul a discutat împreună cu clientul în legătură cu abuzul de alcool și efectul negativ al acestuia asupra stării afective și capacității de a-și rezolva problemele. Cei doi au căzut de acord asupra necesității reducerii consumului. Sergiu a mai relatat și faptul că s-a mai adresat în urmă cu trei ani unui medic psihiatru pentru depresie, irascibilitate și eșec în profesie, dar nu a obținut niciun rezultat. Terapeutul i-a propus utilizarea hipnozei pentru a-și controla cauzele de furie, abuzul de alcool, pentru reducerea depresiei, dar și pentru dezvoltarea creativității în profesia de muzician.

Clientului i-a fost administrat următorul instructaj:

„Sergiu, după cum probabil știi, psihicul tău cuprinde un mental conștient, asupra căruia tu deții controlul și un mental inconștient, asupra căruia nu deții sau deții în mică măsură vreun control. Există mai multe modalități de a interacționa cu instanțele inconștiente. Prima modalitate o reprezintă repetarea mesajelor, a doua apare în cazul unei experiențe traumatice care se întipărește în aceste zone și generează anxietate, furie sau depresie, iar a treia o reprezintă hipnoza. În timpul relaxării hipnotice, poarta inconștientului se deschide și cu

permisiunea ta primește informațiile de care are nevoie pentru ca tu să poți să te modifice așa cum dorești.

În timpul hipnozei, efectele stresului care s-a acumulat de mult timp pot fi diminuate, iar schimbările se vor produce rapid și ușor”.

Inducția hipnotică propriu-zisă s-a desfășurat astfel:

„Sergiu, stai comod în fotoliu, relaxează-te și privește cu atenție tabloul de pe perete... concentrează-ți atenția asupra detaliilor... În timp ce privești tabloul, pleoapele tale devin grele, tot mai grele... și ochii tăi au tendința de a se închide... Atunci când ochii s-au închis, relaxează-te tot mai mult și fii atent la respirația ta. Inspiră și expiră lent, calm, liniștit... și în timp ce ești atent la respirație, parcă auzi o muzică frumoasă undeva departe... este poate melodia ta preferată pe care o ascuți în timp ce te relaxezi tot mai mult... sau poate chiar o melodie pe care ai compus-o tu și la care ții foarte mult... și pe care o ascuți în timp ce devii tot mai relaxat... tot mai relaxat... și lași mânia, frustrarea, depresia să se topească... să dispară... să se dizolve... simțindu-te tot mai liber, relaxat, liniștit...”

Îți imaginezi acum că faci o călătorie cu ajutorul minții într-un loc plăcut, unde te simți în deplină siguranță... este locul unde poți reveni oricând să te liniștești, să te destinzi... este locul vindecării tale... acest loc se află în interiorul ființei tale... este locul unde trupul și mintea se află în echilibru... unde nu este niciun fel de stres și unde toată energia ta poate fi canalizată spre vindecare, schimbare, evoluție fizică, intelectuală, emoțională și spirituală... Păstrezi în memorie amintirea stării de bine, de liniște, de pace interioară pe care o vei putea atinge și singur, în timp ce exersezi acasă ceea ce am învățat aici...”

Interogat fiind asupra modului în care s-a simțit, acesta a afirmat că nu a mai simțit niciodată în viață o astfel de stare de relaxare.

În continuare, terapeutul i-a cerut să se relaxeze din nou, de data aceasta singur, și a administrat următorul instructaj:

„Acum ai reușit să te relaxezi fără ajutorul meu. Este foarte ușor să intri în această stare și atunci când exersezi acasă... De fiecare dată când te vei relaxa independent vei continua procesul de schimbare, de vindecare... de evoluție. Treptat vei constata faptul că nu mai dorești să introduci în corpul tău substanțe nocive... și că te enervezi din ce în ce mai rar, tot mai rar... iar stările tale de enervare devin mai puțin intense... încetează să te mai stăpânească.

Starea de relaxare pe care o realizezi din ce în ce mai bine te ajută să devii tot mai puternic, tot mai calm, tot mai controlat... devii tot mai controlat, mai stăpân pe sine, mai concentrat asupra a ceea ce ai de făcut... tot mai calm, tot mai responsabil... ai tot mai multă grijă și considerație pentru propria persoană și pentru cei din jur... zi după zi te vei simți tot mai puternic, tot mai stăpân pe sine, tot mai relaxat... dar în același timp concentrat, alert și vei fi tot mai creativ atunci când compui..."

Prima ședință de psihoterapie a avut următoarele obiective:

- modificarea atitudinii rigide a clientului care se simțea prins în capcana neajutorării sale dobândite;
- experimentarea unei stări de relaxare profundă care să-i servească drept model pentru practica independentă și pe care s-o rețină în memorie;
- însușirea unor deprinderi de relaxare și autohipnoză;
- declanșarea procesului de schimbare prin reducerea comportamentelor autodistructive.

Ședința a doua

Sergiu s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie afirmând că a practicat relaxarea zilnic, uneori reușind mai bine, alteori mai puțin bine, dar că se simte mai puțin deprimat. Clientul și-a exprimat dorința de a lucra asupra stării de apatie, a lipsei motivației de a lucra, precum și asupra tremorului mâinii drepte care îi crea dificultăți atunci când cânta la pian. Acest din urmă simptom părea să-l irite cel mai tare.

Terapeutul i-a cerut să aleagă o bilă colorată dintr-un vas care se găsea pe birou și a administrat următorul instructaj:

„Jocul cu o bilă colorată îi ajută pe mulți dintre pacienții mei să se întoarcă în timp, în perioada copilăriei și să re trăiască diferite lucruri care s-au petrecut atunci. Stai comod în fotoliu, ține bila de culoare verde de jad pe care ai ales-o și privește-o cu atenție. Concentrează privirea asupra ei... caută să o simți în palmă, între degete... să simți cât este de lucioasă... cât este de frumoasă, de strălucitoare... Pe măsură ce o plimbi printre degete, bila se încălzește treptat... devine tot mai caldă... tot mai caldă... și pe măsură ce bila se încălzește, devii tot mai relaxat, tot mai relaxat..."

Lasă-te purtat de experiența plăcută de calm, relaxare... destindere... constăți faptul că bila nu face parte din tine, dar reușești să

o controlezi... reușești să o controlezi la fel cum controlezi clapele pianului... și pe măsură ce te relaxezi, toate energiile negative, toate problemele, toate necazurile, tristețea, teama, furia ies prin mâna ta, prin degetele tale și se scurg în bila verde... bila verde le culege, le înmagazinează și, apoi, le trimite în afara ei... tristețea, teama, furia, nesiguranța se risipesc în aer ca un fum, ele nu-ți mai pot face rău... Trupul și mintea ta s-au purificat... s-au eliberat... Trece acum bila de jad din mâna dreaptă în mâna stângă... și așa cum controlezi bila verde, îți vei putea controla ambele mâini, degetele... clapele pianului... îți vei putea coordona mișcările atunci când cânti, iar mintea ta va fi liberă să compună noi melodii... melodii frumoase de care te bucuri tu și care îi vor bucura și pe ceilalți care le vor asculta..."

Obiectivele acestei ședințe de hipnoterapie au fost următoarele:

- creșterea motivației pentru activitatea profesională;
- ameliorarea coordonării la nivelul degetelor, pentru o mai bună performanță muzicală;
- utilizarea unor ritualuri simbolice de purificare și dezvoltare personală;
- rezolvarea problemei tremorului mâinii drepte (simptomul nu avea cauze neurologice detectabile), care îi accentua starea de irascibilitate.

Ședința a treia

Sergiu s-a prezentat la psihoterapie și a relatat faptul că a avut prima criză de furie de la începerea terapiei. Aceasta s-a petrecut la scurt timp după ce a avut loc o întâlnire cu câțiva colegi de promoție de la conservator, cu ocazia vizitei unui artist străin. Clientul a afirmat că s-a simțit deprimat și furios pentru că majoritatea colegilor săi au făcut carieră, iar el a rămas undeva în urmă, cufundat în mediocritate.

Terapeutul a reetichetat simptomul, conferindu-i o conotație pozitivă:

„Noua ta stare de relaxare, autocontrol, de bine, ți-a readus în memorie sentimente pe care trebuie să le analizezi... să lucrezi asupra lor. Dacă nu ți-ar fi revenit, nu ai fi putut să le procesezi și să le elimini. Aceste stări ți-au revenit pentru că acum ești suficient de puternic să le faci față. E foarte bine! Povestește-mi în amănunt ce anume s-a petrecut..."

Clientul a relatat următoarele:

„Când aveam vreo opt ani, exersam la pian cu profesorul meu... un student de la conservator. La un moment dat... profesorul mi-a cerut să-i ating organul sexual... dar nu vreau să vorbesc despre asta pentru că mă simt foarte jenat... nu am mai povestit nimănui ce s-a întâmplat, dar am refuzat să mai lucrez cu el... părinții nu cred că au înțeles ceva... dar îmi amintesc faptul că mai târziu a venit o profesoară în vârstă...”

Terapeutul a continuat astfel:

„Ți-a cerut profesorul să pui mâna pe organul lui sexual? Care mână?”

Clientul a răspuns șocat:

„Mâna dreaptă, bineînțeles!”

Terapeutul: Acum dacă tot ți-ai amintit, nu crezi cumva că asta ar putea fi cauza pentru care ți-a tremurat doar mâna dreaptă fără să ai vreo afecțiune neurologică?

Sergiu: Nu știu... dar ar putea fi asta cauza...

Terapeutul: Mai povestește-mi câte ceva despre experiența ta de pianist... se pare că nu ai devenit pianist, ci compozitor, nu-i așa?

Sergiu: Da, nu am fost un elev prea bun pentru că nu îmi plăcea să exersiez... dar iubeam totuși muzica. La un moment dat, am vrut să intru într-o formație, dar nu a mers, nu știu de ce... cred că nu m-am înțeles cu colegii... Îmi aduc aminte că pe la vreo 14-15 ani mă temeam să nu devin homosexual după experiența aceea. Mai ales că o și uram pe profesoara de pian...

Terapeutul a indus apoi hipnoza și a administrat următorul instructaj:

„Stai comod în fotoliu și relaxează-te tot mai mult... tot mai profund... privește bila de jad cu toată atenția, caută să simți suprafața lucioasă, plăcută la atingere... și în timp ce rotești bila în palma dreaptă, îi simți suprafața lucioasă... lasă toate amintirile negative... toate stările afective negative care ți-au produs suferință să se adune în bila verde de jad și apoi să iasă afară... să se risipească... să dispară ca un fum...

Pe măsură ce bila se încălzește tot mai mult, tot mai mult, intri într-o stare de relaxare tot mai profundă, mai adâncă, mai liniștitoare... Imaginează-ți acum că te duci cu ajutorul minții în locul acela plăcut, unde te simți în deplină siguranță și iei legătura cu energiile pozitive care îți inundă corpul și mintea, te fac să devii tot mai puter-

nic, tot mai calm, mai stăpân pe sine, mai creativ, mai liniștit, mai senin... tot mai calm, mai liniștit, tot mai creativ...

Te simți tot mai bine, tot mai bine, te vindec, te perfecționezi, evoluezi în plan fizic, intelectual, emoțional și spiritual... și pe măsură ce te simți tot mai bine, mai calm, mai creativ, mai stăpân pe sine... continui să practici relaxarea acasă... continui să compui melodii frumoase de care te bucuri... continui să compui exersând la pian ușor, calm, concentrat, cu plăcere, ca de la sine”.

Obiectivele acestei ședințe au fost următoarele:

- reetichetarea sentimentelor negative de culpabilitate, eșec și conferirea unei conotații pozitive acestora;
- conștientizarea rolului psihotraumei timpurii în apariția și menținerea unor simptome;
- întărirea deprinderilor de relaxare și autohipnoză;
- dezvoltarea creativității și optimizarea performanței la pian.

Ședința a patra

Clientul a afirmat că se simte mai bine, a redus mult consumul de alcool, lucrează eficient atât la compoziții, cât și cu elevii (și-a mai luat doi elevi noi). În weekend iese împreună cu soția și fiica la spectacole sau merge în excursii. Dispoziția depresivă s-a redus simțitor, iar crizele de furie nu au mai apărut de la ultima întâlnire. Sergiu a relatat și faptul că practică relaxarea zilnic și uneori de două ori pe zi, de asemenea s-a înscris la un curs aikido, unde, în ciuda vârstei, pare să facă față.

În următoarele trei luni, clientul a mai fost cuprins de furie de două ori, dar a reușit să-și revină după aproximativ cinci minute, astfel încât criza nu s-a mai produs. El a afirmat că relaxarea, dar și sportul de autoapărare îl ajută foarte mult să se descarce atunci când se simte cuprins de „energii negative”. Mai mult, Sergiu a avut și un succes profesional, una dintre melodiile sale fiind selectată pentru un film artistic.

XVI

Hipnoterapia la copii și adolescenți

Cohen și Olness (1993) subliniază faptul că primele lucrări sistematice de aplicare a hipnozei la copii au fost realizate în Marea Britanie încă din secolul al XIX-lea, aplicația cea mai frecventă fiind analgezia hipnotică.

În Statele Unite au început să fie raportate cazuri clinice în cadrul cărora a fost aplicată hipnoza la copii abia după anii 1960–1970. La ora actuală, hipnoterapia la copii se utilizează pe scară largă, în țările cu tradiție în domeniul psihoterapiei, pentru tratarea unor tulburări de comportament, pentru controlul durerii, precum și pentru reducerea unor simptome nevrotice sau psihosomatice. Aceiași autori afirmă că utilizarea hipnozei în pediatrie este mult mai facilă decât s-ar crede, deoarece aceasta presupune relaxare, utilizarea disponibilităților imaginative, precum și individualizarea comunicării în cadrul relației copil–terapeut.

Dacă definim hipnoza ca fiind o stare modificată de conștiință, caracterizată printr-o focalizare intensă a atenției în vederea atingerii unui obiectiv sau a actualizării unui potențial, se poate constata că mulți terapeuți induc hipnoza chiar fără să-și dea seama atunci când conduc discuțiile, astfel încât copilul să asculte, să fie atent sau chiar absorbit de ceea ce se petrece. Adesea, copiii trec în mod spontan din stare de veghe în stare de hipnoză și invers, atunci când privesc la televizor un film sau un joc sportiv, când ascultă o poveste, se joacă cu păpușile sau se lasă furați de jocuri imaginare. Kuttner (1988) a observat faptul că mai ales la copiii mici nu există o delimitare precisă între real și imaginar.

Transele spontane sunt utile pentru obținerea unui bun climat afectiv, pentru înțelegere și, la fel ca și cele induse în mod deliberat, acestea se caracterizează prin concentrarea atenției spre interior, prin adâncirea în planul imaginar și prin sugestibilitate crescută. Ca și în

cazul adulților, stările de transă la copii pot fi identificate prin intermediul unor indicatori observabili:

- Dacă ochii sunt deschiși, copilul privește fix, adesea fără să clipească.
- Dacă ochii sunt închiși, se observă tremurul pleoapelor, urmat de mișcări ale globilor oculari, mișcări care au loc sub pleoape.
- Atitudine liniștită fără ca aceasta să fie sugerată (copilul nu se mișcă pe scaun, fapt destul de rar întâlnit la copiii sub 5–6 ani).
- Reducerea spontană (nesugerată) a ritmului respirator.

Spontană sau indusă în mod deliberat, transa se caracterizează, printre altele, atât prin focalizarea puternică a atenției copilului asupra terapeutului, cât și prin interpretarea *ad litteram* a ceea ce se spune în timpul actului de comunicare.

Așa cum am mai subliniat, în cazul copiilor este mai greu de stabilit când începe și când se sfârșește hipnoza, specialiștii în domeniul hipnozei la copii convingându-se tot mai mult de faptul că tehnicile de inducție standardizate nu sunt chiar atât de importante cum ar părea la prima vedere. Importantă este însă observarea atentă a copilului în timpul interacțiunii terapeutice, interacțiune care trebuie să se bazeze pe relații calde și apropiate, precum și pe o puternică alianță terapeutică.

Adesea, hipnoza debutează chiar în momentul în care terapeutul ia primul contact cu copilul. Astfel, dacă acesta iese din cabinet și spune: „Aș vrea să stau de vorbă cu Andreea”, în loc să se adreseze formal: „Este rândul familiei Ionescu”, copilul se va identifica pe sine însuși și își va concentra atenția asupra terapeutului care se va prezenta și îl va invita în cabinet. În cazul în care această intervenție captează interesul copilului și contribuie la stabilirea unei relații cu acesta, o putem califica drept hipnotică. Acest gen de abordare va trezi curiozitatea copilului de la prima întâlnire și va contribui la stabilirea raportului pacient–terapeut. În cadrul ședințelor viitoare, se pot utiliza atât metode de inducție hipnotică standardizate, cât și tehnici care induc o transă spontană, ambele conducând la rezultate eficiente sub aspect teoretic.

Cum, când și de ce utilizăm hipnoza la copii, precum și alegerea tehnicii adecvate depind de o serie de variabile ce țin de terapeut, problema și personalitatea copilului, configurația familială, precum și de alte aspecte situaționale (Cohen și Olness, 1993, p. 360). O altă problemă constă în stabilirea vârstei de la care poate fi aplicată

hipnoza la copil. Cohen și Olness (1993) sunt de părere că vârsta contează mai puțin comparativ cu nivelul de maturizare, inteligență, gradul de însușire a limbajului verbal, precum și cu abilitatea de concentrare și menținere a atenției asupra unor stimuli interni sau externi.

Pentru a testa capacitatea copilului de a intra în hipnoză, terapeutul trebuie să constate dacă acesta este interesat de conținutul unei cărți cu poze, al unei povești spuse seara la culcare sau dacă ascultă și participă afectiv la povestirile prezentate pe casete audio, video sau la televizor. Terapeutul va induce hipnoza ținând seama de vârsta mentală a copilului, de particularitățile personalității acestuia, de interese și preferințe, de lucrurile care nu-i plac sau de care se teme, de situația familială, de experiențele anterioare, precum și de istoria vieții acestuia.

Experiența noastră clinică a demonstrat că este mai indicat să nu se utilizeze termenul de hipnoză decât în situații speciale, cunoscut fiind faptul că orice hipnoză nu este altceva decât o relaxare mai profundă sau o autohipnoză. Din acest motiv, este mult mai recomandabilă folosirea termenului de relaxare. Se explică, de asemenea, familiei și copilului faptul că nu se va putea obține nimic, decât în cazul în care copilul este motivat să se schimbe și să învețe ceva.

1. Tehnici de inducție la copii

Un terapeut nu va impune ceva anume pacientului, ci va respecta nevoile, dorințele și mecanismele defensive ale acestuia, activând expectațiile și resursele pacientului în vederea stimulării schimbării terapeutice. Aceste elemente nu sunt valabile doar pentru adulți, ci și pentru copii. După stabilirea raportului terapeutic, consolidarea relației afective cu copilul, explicarea problemei și metodei ce urmează a fi aplicată, psihoterapeutul trebuie să obțină consimțământul copilului și să-l motiveze să lucreze pentru a-și rezolva problema.

Urmează apoi trecerea la inducția hipnotică propriu-zisă. Terapeutul trebuie să obțină informații în legătură cu ceea ce crede copilul despre faptul că a fost adus la tratament, precum și despre expectațiile sale cu privire la ceea ce se va întâmpla în prezent, și în ședințele viitoare.

Explicațiile terapeutului trebuie să pornească de la ceea ce crede și spune copilul. El își va construi demersul psihoterapeutic pe baza informațiilor obținute de la pacient. Astfel, în cazul unui copil care se prezintă la terapie pentru dureri de cap, terapeutul va trebui să afle ce activități îi plac acestuia, pe care nu le poate desfășura atunci când are dureri de cap, precum și care sunt circumstanțele în care nu se înregistrează dureri de cap. Pe baza acestor informații se va construi scenariul imaginației dirijate. („Atunci când te doare capul, imaginează-ți că te afli cu bunica la țară, unde te simți foarte bine, liniștit, fericit și nimic nu te deranjează... etc.”) Este importantă, de asemenea, cunoașterea modalității senzoriale dominante (vizuală, auditivă, kinestezică) în care operează copilul, pentru a putea construi sugestii care vor acționa cel mai eficient.

Ca și în cazul hipnoterapiei la adulți, terapeutul va trebui să explice copilului ce înseamnă hipnoza și să înlăture prejudecățile legate de fenomenul hipnotic, prejudecăți bazate pe experiențele personale ale copilului sau familiei în urma confruntării cu hipnoza de estradă sau cu prezentările neștiințifice din mass-media. Explicațiile date copilului trebuie elaborate și în funcție de vârstă și nivelul cultural al acestuia. Astfel, terapeutul va putea spune ceva de genul următor:

„Eu sunt un bun antrenor care îi poate ajuta pe copii să-și folosească mintea pentru a scăpa de unele probleme cum este durerea ta de cap” (Kohen și Olness, 1993, p. 357).

Apoi acesta va afirma în continuare că hipnoza seamănă cu anumite fenomene care au loc în viața cotidiană, cum ar fi visarea cu ochii deschiși sau jocurile în care copilul se prefacă că este altcineva.

Kohen și Olness (1993, p. 357) propun și realizarea unui mic experiment împreună cu copilul și părintele:

„Haideți să facem un experiment. Toată lumea închide ochii și se prefacă că nu este aici... că este acasă sau în altă parte..., acolo unde ne simțim bine, liniștiți și fericiți. Rămâneți acolo câteva minute. E bine așa. Observați cine se află împreună cu voi acolo, auziți sunetele, vă bucurați de ceea ce se petrece. Veți putea apoi să povestiți ceea ce ați văzut și simțit, dar puteți să nu o faceți, pentru că este vorba de imaginația voastră care v-a ajutat să vă autohipnotizați și voi sunteți cei care controlați fenomenul. Ați observat poate că ceva s-a întâmplat, că respirația s-a calmat, că stați liniștit, că v-ați relaxat. Trupul vostru știe că mintea își imaginează ceva și din acest motiv se

relaxează. Este ca și cum mintea ar sta de vorbă cu trupul. Nu-i așa că este interesant?" În urma acestui mic experiment, părinții și copilul care erau speriați se destind, se simt bine și astfel terapeutul va sădi „sămânța” viitoarei intervenții.

La încheierea ședinței, terapeutul va spune în continuare:

„Data viitoare când vei veni la mine, ne vom vedea între patru ochi și vom învăța împreună cum să-ți folosești imaginația ca să scapi de problema ta”.

Adesea este necesar să se dea și astfel de explicații, utile atât pentru părinți, cât și pentru copil:

„Mulți copii care prezintă o asemenea problemă se vindecă dacă învață să-și utilizeze mintea pentru a ajuta corpul. Unii autori numesc acest procedeu relaxare, alții autohipnoză sau imaginație dirijată. Copiii care au practicat această metodă spun că ea seamănă cu visarea cu ochii deschiși sau cu situația în care privesc la televizor sau ascultă muzică și nu mai observă ce anume se petrece în jurul lor.

La copiii preșcolari se poate utiliza inducția prin intermediul tehnicii imaginării dirijate (Kohen și Olness, 1993, p. 365).

„Pentru început, tot ceea ce trebuie să faci este să visezi sau să mimezi că faci ceva care îți place foarte mult. Eu nu știu la ce te vei gândi, vei descoperi aceasta singur pentru că mintea ta interioară îți va spune ce trebuie să faci. Unora dintre copii le place să închidă ochii atunci când își imaginează ceva; și tu poți să-i închizi sau poți să-i lași deschiși, pentru că tu ești șeful corpului tău și al minții tale. Eu nu sunt decât antrenorul tău și nu știu la ce anume vei visa sau cine te vei preface că ești. Poate vei dori să fii Făt-Frumos sau războiul Donald sau poate că o să-ți închipui că ești la bunici la țară sau cu părinții la mare. Te rog să dai din cap atunci când crezi că ești cu adevărat acolo unde ți-ai propus.”

Psihoterapeutul care aplică hipnoza la copii are o șansă mai mare de succes dacă va primi răspunsuri afirmative la următoarele întrebări:

- S-a stabilit o relație afectivă pozitivă între copil și terapeut?
- Are copilul un scor cel puțin mediu la scalele de susceptibilitate hipnotică pentru copii?
- Este mai mare câștigul obținut datorită rezolvării problemelor copilului în raport cu beneficiul secundar?
- Nu are copilul tulburări psihice care ar putea fi agravate prin aplicarea hipnozei (epilepsie, schizofrenie)?

- Este copilul motivat să-și rezolve propriile probleme și să participe activ la tratament?
- S-a realizat o evaluare corectă a etiologiei simptomelor organice și s-a instituit tratamentul corespunzător?
- Este hipnoza indicată ca tratament de bază sau ca tratament adjuvant?
- Părinții copilului sunt de acord? Este favorabilă atitudinea părinților față de hipnoză?

O primă etapă a hipnoterapiei la copii este aceea de pregătire, care se referă mai ales la părinți. După Gardner (1974), această etapă se subîmparte în trei faze:

1.1. Faza de explicare-educare

Implică definirea hipnozei în termeni familiari părinților, distrugerea mitului referitor la pierderea controlului, înlăturarea temerilor referitoare la dehipnotizare.

1.2. Faza de observare

Terapeutul îi încurajează pe părinți să observe ce se petrece cu copilul în timpul inducției hipnotice. În prima ședință se lucrează cu copilul singur, pentru evitarea inhibițiilor față de părinți. La ședința următoare, copilul este întrebat dacă este de acord ca părinții să asiste la ședință. Majoritatea copiilor sunt bucuroși să arate ce au învățat, dar există și copii care nu acceptă separarea de părinți. De aceea, prima inducție se realizează în prezența părinților.

1.3. Faza de experimentare personală de către părinți a stării hipnotice

Deși această etapă nu este neapărat necesară pentru succesul hipnozei la copil, în cazul în care părintele acceptă, el trăiește o stare de relaxare plăcută. Această stare de relaxare favorizează colaborarea dintre părinți, copil și terapeut.

Pregătirea copilului variază în funcție de vârstă și de condiția lui medicală; între 4 și 6 ani se practică inducția hipnotică prin joc. I se poate spune copilului că va învăța o metodă prin care să fugă de situațiile neplăcute și să devină șeful propriului corp. Pentru inducție se folosesc povestiri legate de programul TV favorit, de personaje de basm, de jocuri sau păpuși preferate. În cazul copiilor de 6-10 ani, se insistă pe faptul că hipnoza este o metodă care îi va ajuta să se relaxeze; li se spune că terapeutul îi va învăța să utilizeze imaginile favo-

rite pentru a se elibera de teamă, durere, pentru a deveni stăpâni pe senzațiile și trăirile lor. Marea majoritate a copiilor de peste 11 ani înțeleg fără multe explicații ce este relaxarea și imaginația.

Josephine Hilgard și Morgan (1978) afirmă că la copiii între 3 și 6 ani inducția hipnotică bazată pe imaginația dirijată este cea mai eficientă. După 6 ani, s-au constatat diferențe mici din punctul de vedere al eficienței diferitelor tehnici de inducție. Inducția prin antrenarea copilului în joc imaginativ poate lua diferite forme: „să mergem în excursie cu personajul preferat”; „jucăriei favorite îi este somn”; „hipnotizarea păpușii”; „tehnica televizorului interior”. Adâncirea transei se poate face prin sugestii directe sau prin intermediul personajelor de basm, prietene ale copilului. Se observă că foarte mulți copii nu închid ochii și se mișcă frecvent. Atunci apare întrebarea dacă ei se află cu adevărat în hipnoză. Hilgard și Morgan sunt de părere că acești copii se află în hipnoză și au denumit această stare protohipnoză. După vârsta de 6 ani, pot fi folosite și tehnicile clasice de inducție hipnotică: fixarea privirii, coborârea brațului. Aceste tehnici facilitează închiderea ochilor și utilizarea imageriei vizuale cu conținut relaxant (vizionarea programului TV favorit, deplasarea la locul preferat).

Aplicațiile hipnozei la copii au în vedere următoarele:

- Reducerea durerii și anxietății — în afecțiunile acute sau cronice, pentru a ușura suferințele în fazele terminale ale unor boli, în boli psihosomatice (astm), în chirurgie, stomatologie;
- În tratamentul unor deprinderi greșite: ticuri, balbism, onicofagie, enurezis, encompresis.

Terapeutul trebuie să verifice gradul de hipnotizabilitate al copilului (se poate face cu ajutorul scalei Stanford pentru copii) și să se convingă dacă copilul înțelege termenul de relaxare. În caz contrar, i se explică termenul cu ajutorul unor expresii ca: „lasă-te dus”, „te simți ca o păpușă de cârpă”.

Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj (după Ariene Morgan și Josephine Hilgard): „Te voi învăța astăzi niște lucruri interesante despre imaginație. Mulți copii spun că este un joc plăcut. Îți voi cere să te gândești la diferite lucruri și vom vedea cum funcționează imaginația ta. Unii copii își imaginează mai ușor anumite lucruri decât alții. Ascultă-mă cu atenție și lasă lucrurile să se întâmple de la sine. Stai comod în fotoliu și hai să ne închipuim diferite lucruri. Te rog, închide ochii pentru că așa îți vei putea închipui

mai bine ceea ce îți spun. Acum aș vrea să-ți închipui că faci pluta într-un colac, într-un bazin cu apă caldă. Ei, cum e? Acum închi- puie-ți că plutești pe un nor alb, pufos, moale. Cum e? Deschide ochii! Te voi învăța să te simți tot mai bine, tot mai relaxat, pentru că așa îți poți imagina mai bine diverse lucruri. Acum ridică mâna și uită-te la păpușa de pe unghia ta ascultând cu atenție ce-ți spun. Încearcă să te gândești doar la ceea ce îți voi spune eu. Lasă corpul moale, relaxat, liniștit. Și pleoapele se relaxează, devin tot mai grele, tot mai grele. Cu cât te uiți la păpușa de pe unghia degetului tău, cu atât pleoapele devin grele, tot mai grele. Începi să clipești, clipești tot mai mult și asta e bine. Înseamnă că te relaxezi tot mai bine, continuă să privești păpușa și să ascuți doar vocea mea. Pleoapele tale sunt grele, tot mai grele. Curând, ele vor deveni atât de grele, încât nu vei mai putea ține ochii deschiși. Lasă ochii să se închidă, dacă simți că trebuie să o faci. Dacă ochii s-au închis, lasă-i așa! Te simți bine, relaxat, liniștit. Acum voi începe să număr de la 1 la 10 și vei simți cum corpul tău se relaxează tot mai mult. Te vei relaxa tot mai mult, în timp ce mă ascuți cum număr: 1 — ești tot mai relaxat, te simți atât de bine; 2 — tot mai relaxat, tot mai liniștit; 3, 4, 5, 6 — ești mai relaxat, și mai relaxat, pleoapele tale sunt tot mai grele, și mai grele. Te simți atât de bine, e atât de bine să te lași dus de vorbele mele și să te relaxezi complet; 7, 8, 9 — ești foarte relaxat, foarte relaxat, e bine să te lași dus de vorbele mele; 10 — dacă copilul ține încă mâna sus, i se dă următoarea comandă: «Acum lasă mâna să se odihnească, lasă mâna să se odihnească liniștită pe fotoliu»; dacă copilul nu a închis ochii, i se dă următoarea comandă: «Acum închide ochii și relaxează-te, lasă ochii să rămână închiși».

Pentru copiii de 4-6-8 ani, care nu se pot relaxa și nu vor să închidă ochii (copiii foarte mici și anxioși), recomandăm următorul instructaj: „Aș vrea să-ți povestesc cum poate cineva să-și folosească imaginația pentru a simți diverse lucruri. Știi ce e aia imaginația? Știi ce înseamnă să te faci că...? Nu ți se întâmplă să spui că tu erai altcineva: zână, Făt-Frumos, motanul Tom? Dacă ai putea să faci doar ceea ce îți place, ce ai prefera? Care sunt lucrurile pe care îți place să le faci cel mai mult pe lumea asta? (Se investighează interesele copilului, apoi se alege activitatea preferată și i se cere să-și imagineze că o realizează în plan mental.)

Prezentăm mai jos un caz de abordare psihoterapeutică permisivă la un pacient cu migrenă (Bellet, 2002, p. 220).

Cedric, în vârstă de 9 ani, este adus la cabinetul de psihoterapie pentru că suferă de migrene intolerabile de mai mulți ani. În ziua consultației se prezintă la cabinet întreaga familie compusă din mamă, tată, fratele cel mai mic și pacientul. Prezența mai multor persoane a furnizat terapeutului informații prețioase referitoare la contextul general în care se manifestă simptomul. Părinții aveau o atitudine sobră și pesimistă.

După prezentările obișnuite, terapeutul angajează următorul dialog cu Cedric.

T.: Știi de ce te afli aici, în cabinet?

C.: Da, pentru că sufăr de migrene.

T.: Migrenele tale sunt foarte puternice, nu-i așa?

C.: Da, foarte puternice!

T.: Și durează mult?

C.: Da.

T.: Cât de mult?

C.: Trei minute!

T.: Pe zi sau trei minute pentru fiecare criză?

C.: Pe zi!

Terapeutul observă atent familia și constată că răspunsul copilului nu li s-a părut neobișnuit părinților, care parcă au devenit și mai întunecați.

Terapeutul s-a decis să discute despre altceva, întrebându-l pe copil despre modul în care își petrece vacanța și apoi a revenit la subiect.

T.: Ai observat în ce situații apar crizele tale?

C.: Atunci când fac ceva rău!

Terapeutul se informează dacă Cedric știe să citească bine ora după ceas.

T.: Câte ore sunt într-o zi?

C.: 24 de ore.

T.: Câte minute are ora?

C.: 60 de minute.

T.: Ia să vedem câte minute are o zi?

Pentru a găsi răspunsul copilul a cerut un calculator de buzunar și a găsit soluția: ziua are 1 440 de minute.

T.: Cu alte cuvinte, tu ai o migrenă pe zi timp de 3 minute atunci când faci ceva rău?

C.: Da.

T.: Bine. Să socotim câte minute din cursul zilei faci lucruri bune.

C.: 1 437 de minute.

T.: 1 437 de minute în care faci numai lucruri bune!

Copilul a zâmbit, s-a destins, părând că a înțeles despre ce este vorba. Nu același lucru s-a petrecut și cu părinții, care nu înțelegeau altceva decât faptul că terapeutul făcea calcule împreună cu Cedric. După această întrevvedere, migrenele copilului au încetat brusc și nu au mai apărut niciodată. În schimb, după câteva luni, mama s-a prezentat la consultație pentru propriile probleme.

• *Hipnoza la copii*

O serie de autori au obținut rezultate foarte bune în urma aplicării hipnozei la copii (Gardner, 1976, 1978; Olness, 1975).

Așa cum am mai subliniat, hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință, asemănătoare cu reveria diurnă, în cadrul căreia subiectul realizează o focalizare selectivă, o concentrare a atenției și o stare de absorbție având ca obiect o imagine sau o idee, scopul fiind actualizarea unui anumit potențial individual latent. Foarte mulți copii intră în mod spontan într-o stare asemănătoare cu hipnoza atunci când se concentrează asupra unui joc la calculator, asupra unui film, atunci când ascultă o poveste sau când visează cu ochii deschiși.

Kuttner (1988) a evidențiat faptul că mai ales copiii mici trec foarte ușor de la realitate la fantezie. Deși relaxarea facilitează inducția hipnotică la copil, aceasta nu este neapărat necesară pentru succesul hipnozei. Mai ales copiii sub 6-7 ani nu se relaxează în mod vizibil, deși se află în hipnoză. Dimpotrivă, aceștia se deplasează prin încăpere fiind în același timp absorbiți în jocul lor imaginativ cu ochii deschiși. Din acest motiv la copiii mici este mai indicată hipnoza „activ alertă”.

Tehnicile de inducție sunt foarte diferite, incluzând relaxarea, imaginația dirijată, biofeedbackul, artterapia, muzica sau terapia prin mișcare (Olness și Kohen, 1996). Kohen (2001) este de părere că aproape toți copiii, exceptându-i pe cei cu deficiență mintală moderată sau severă, prezintă o receptivitate suficientă la hipnoză, potențată de alți factori cum ar fi: istoria personală a copilului și familiei, motivația și expectațiile pozitive. Utilizată de clinicieni cu experiență, hipnoza la copii dă rezultate pozitive și nu are contraindicații (Kohen și Olness, 1993).

Vârsta copilului este mai puțin importantă decât nivelul de maturizare, înțelegerea limbajului și capacitatea de a se concentra asupra

unui obiect sau situații. În cazul copiilor preșcolari, terapeutul va căuta să afle dacă copilul este interesat de o carte cu poze, de un joc pe calculator sau de ascultarea unei povești. Abordarea hipnoterapeutică va fi astfel construită, încât să corespundă nivelului de dezvoltare al copilului, particularităților personalității acestuia, preferințelor lui, istoriei clinice și familiale.

Prezentăm mai jos principalele *tipuri de aplicații ale hipnozei clinice la copii* (Kohen, 2001, p. 213).

1. Deprinderi greșite: onicofagie, suptul degetului, tricotilomanie, enurezis.
2. Tulburări de comportament: dificultăți de adaptare, crize de furie, rivalitate fraternă.
3. Tulburări fiziopatologice: astm bronșic, migrenă, ticuri (inclusiv sindromul Tourette), sindromul colonului iritabil, hipertensiune, negi.
4. Combaterea durerii: acute (în traumatisme, diverse boli, proceduri medicale) și cronice sau recurente (în boli sau dizabilități cronice, traume, proceduri recurente).
5. Anxietăți: de performanță (de evaluări școlare, de scenă, de evaluări sportive), acută, legată de doliu, pierdere (divorțul părinților, deces), specifică tulburării posttraumatice de stres (PTSD), în tulburările anxioase și fobice.
6. Boli cronice, de sistem sau terminale: hemofilie, SIDA, fibroză chistică, boală renală cronică (dializă), cancer, boli autoimune.

Deprinderile greșite pot fi corectate cu ajutorul relaxării, imageriei mentale și autohipnozei (Kohen, Olsen, Colwell și Heime, 1984; Gardner, 1978; Sugarman, 1977).

În cazul copiilor care doresc să se debaraseze de deprinderile greșite, practicarea autohipnozei dă rezultate foarte bune. Copiii învață foarte repede tehnica imageriei dirijate, de regulă într-una sau două ședințe de psihoterapie, iar în urma unei practici regulate, simptomul se remite în medie în patru, cinci ședințe (Kohen et al., 1984).

În cazul deprinderilor greșite, dar și al altor condiții medicale ale copilului, terapia va avea mai mult succes dacă se stabilește o relație apropiată cu copilul, i se explică acestuia pe înțelesul său modul în care funcționează organismul și cum a apărut deprinderea sau problema respectivă. Metaforele legate de funcționarea calculatorului sunt foarte utile pentru a explica modul în care s-au format deprinderile și cum pot fi ele ținute sub control și chiar eliminate.

Prezentăm mai jos un exemplu de limbaj și sugestii hipnotice elaborate pentru un copil cu enurezis (adaptat după Kohen, 2001, p. 313):

Terapeutul: De ce te-au adus părinții la mine?

George (8 ani): Fac pipi în pat.

T.: Spune-mi, te rog, de câte ori pe săptămână te trezești într-un pat uscat? (Focalizarea atenției și sugestia „pat uscat” sunt mai utile decât sugestia „pat ud”).

G.: Câteva zile... în câte zile patul este uscat? Nu m-am gândit la asta... să vedem... cred că două zile sau poate trei.

T.: Deci două zile pe săptămână când te trezești patul este uscat..., dar de câte ori pe zi îți se întâmplă să uzi pantalonii?

G.: Niciodată!

T.: Înseamnă că în fiecare zi... și toată ziua ești uscat și două nopți pe săptămână patul este uscat, nu-i așa? Grozav! O să-mi fie mult mai ușor decât am crezut să te ajut. (Terapeutul construiește un set de expectații pozitive.) Ei bine, cum reușești asta?

G.: Ce să reușesc?

T.: Cum reușești să o faci... cum reușești să rămâi uscat toată ziua? (Terapeutul va exprima și va întări ideea că micul pacient este stăpânul corpului său. În continuare vor fi introduse elemente privind funcționarea corporală.) Așadar, când erai mai mic (sugestii indirecte de întărire a Eului care postulează faptul că acum copilul e mai mare) părinții te-au învățat și foarte repede asta a venit de la sine, nu-i așa? Acum, dacă îți vine să faci nu mai spui cu voce tare „vreau să fac pipi”, ci te duci direct la baie, nu-i așa?... Să zicem că vrei să faci acum pipi, de unde știi asta? (Majoritatea copiilor sunt mirați la început, dar apoi răspund „simt asta”). Terapeutul va continua apoi: „De unde știi că simți?” Copilul va deține informații despre creier și sistemul nervos, astfel că terapeutul va spune: „De unde știi că mesajul a apărut și când anume apare el?”

De aici poate să pornească discuția despre corpul omenesc. Terapeutul poate să-i explice faptul că inima este un fel de pompă, rinichii niște stații de curățare a sângelui, iar vezica (balonașul) este locul unde se depozitează urina (pipi) și arată ca un fel de săculeț cu un mușchi în jurul său și în acel loc stă urina până când vine timpul să fie dată afară. Se accentuează ideea de „ușă” sau „poartă” a vezicii, poartă care va rămâne „închisă” și nu se va deschide decât atunci când vine timpul ca urina să ajungă la toaletă, unde este locul ei. Ideea

de poartă înconjurată de un mușchi este prezentată copilului prin analogie cu alți mușchi ai corpului.

„Dar cine este șeful mușchilor? Tu ești acela, dar mai ales acea parte din corpul tău care este un calculator și se numește creier. Așadar, atunci când vrei să urinezi (să faci pipi), de unde știi? Ei bine, vezica (balonașul) trimite un mesaj calculatorului care este creierul și îi spune că este plină. Nu o face cu voce tare, dar este ca și cum ar zice: «Ei, creierule, sunt plină» și atunci creierul îi va trimite un mesaj înapoi: «Mulțumesc că m-ai sunat, dar îți dau ordin să ții poarta închisă pentru că nu e frumos să faci pipi pe scaunul directorului». Acest lucru poți să-l spui cu voce tare, dar poți să ți-l spui și în gând (în felul acesta se introduce și conceptul de inconștient sau „mintea din capul tău”, noțiune ce va fi apoi inclusă în cadrul sugestiilor hipnotice, fiind deja cunoscută de copil).

Îți vei spune apoi: «Picioarelor mergeți la baie, mâinilor deschideți ușa și desfaceți pantalonii... vezică, deschide poarta și dă drumul la pipi în toaletă!» Așa vei face, da? Bineînțeles, pentru că creierul tău și vezica ta știu cum să-și vorbească unul celuilalt... au învățat asta mai demult... și acum o fac de la sine, fără să se mai gândească...”

Terapeutul va lăsa anumite pauze pentru a răspunde la întrebările copilului și apoi va proceda în continuare la introducerea unor sugestii: „Acum, când știi toate astea, înțelegi că problema (necazul) care s-a întâmplat (se utilizează timpul trecut) a apărut pentru că vezica și creierul nu au vorbit în mod accidental (se elimină sentimentul de vinovăție) unul cu celălalt în timpul nopții. Am să te învăț hipnoza și în felul acesta ai să-i ajuți să capete un obicei nou, să discute unul cu celălalt noaptea, astfel încât tu să te trezești de dimineață și să găsești patul uscat (sugestia «să-i ajuți» reprezintă un apel la acea parte a Eului copilului care oferă ajutor și care se află în evoluție. Utilizarea pronumelui «îi» care se referă la creier și vezică reprezintă o sugestie cu caracter disociativ care este menită să-l distanțeze pe copil de responsabilitate).

Explicațiile furnizate mai sus îndeplinesc următoarele obiective:

- începerea demersului de eliberare de sentimentele de culpabilitate și rușine;
- oferirea unei baze logice pentru înțelegerea problemei;
- „sădirea semințelor” pentru creșterea expectațiilor pozitive referitoare la posibilitatea de rezolvare a problemei.

Înainte de începerea terapiei, vor fi culese informații referitoare la istoria medicală a copilului și se va recomanda un control urologic pentru a elimina eventualele cauze organice ale enurezisului. Clinicianul va trebui, de asemenea, să investigheze atitudinea copilului și al familiei cu privire la simptom, conflictele din cadrul acesteia, precum și expectațiile referitoare la posibilitatea rezolvării problemei.

2. Tulburările de comportament specifice copiilor

Hipnoza și autohipnoza pot fi utilizate pentru reducerea anxietății, dezvoltarea unor deprinderi de a face față problemelor existenței, creșterea autostimei, reducerea sentimentului de neajutorare, lipsa de control, precum și la calmarea crizelor de mânie. Copiii învață repede faptul că dacă practică zilnic relaxarea sau autohipnoza atunci când nu au crize de furie, vor reuși să se controleze rapid când vor avea nevoie de acest lucru.

Terapeutul va avea în vedere și întreruperea patternului dezadaptativ de comunicare din cadrul familiei.

Studiu de caz

Corina, o fetiță de 8 ani, a fost adusă la cabinetul de psihoterapie pentru următoarele probleme: își bătea frecvent frații mai mici de 6 și 5 ani, era foarte indisciplinată la școală, avea crize zilnice de mânie atunci când vreunul din părinți îi cerea să facă un anumit lucru, sau îi făcea vreo observație. Problemele copilului se încadrau în criteriile pentru diagnosticul „tulburare de tip opoziționist” fără simptome de ADHD sau dificultăți școlare. Nivelul IQ indica prezența unui intelect mediu-superior.

Psihoterapia a inclus strategii comportamentale de management al conduitei, întâlniri cu toată familia și negocieri. Pentru gestionarea crizelor de furie a fost introdusă hipnoza și apoi autohipnoza. Instrucțiunile administrate au fost de tipul următor:

„În timp ce stai cu ochii închiși îți închipui că visezi... visezi că faci ceva care îți place foarte mult... foarte mult... și te bucuri ca și cum ar fi în realitate.

Poate ai dori să te plimbi cu bicicleta sau să te joci cu prietenele tale... Atunci când ai reușit, schimbă imaginea și imaginează-ți că ai un ecran de calculator într-un colț al minții tale... Dacă ai reușit, fă un semn cu capul... Acum ai să înveți ceva foarte interesant și important pentru tine... imaginează-ți că vezi un film la televizor sau la calculator... un film pe care l-ai mai văzut și ieri atunci când fratele tău ți-a murdărit caietul... Acum, imaginează-și că apeși pe tasta STOP! și pui alt film în care o vezi pe Corina veselă, fericită... zâmbind... vezi cât de fericiți sunt mama și tata să te vadă așa... ei sunt mândri de tine... și tu ești mândră de tine...

Atunci când simți că te cuprinde furia... când simți că se apropie... caută să vezi cu ochii minții ce culoare are furia ta... ce formă are... și acum imaginează-ți un buton în mijlocul pătratului roșu care este furia ta... Apasă pe buton și imaginează-ți că furia ta... pătratul de culoare roșie se micșorează și apoi te părăsește, iese din tine, coboară din zona frunții... în jos spre obraji... bărbie... gât, umeri... și apoi coboară în brațul drept... mâna dreaptă... până ajunge în palma dreaptă...

Atunci când furia a ajuns în palma dreaptă, fă mâna pumn... strânge pumnul... inspiră... ține respirația și pumnul strâns în timp ce numeri încet în gând de la 5 la 0... 5... 4... 3... 2... 1... 0. Atunci când ai ajuns cu număratoarea la 0 expiră lent și în timp ce expiri te simți tot mai liniștită... tot mai liniștită... în timp ce îți imaginezi că arunci furia roșie la coșul de gunoi... Furia ta roșie este ca o bucățică de hârtie mototolită... de care nu mai ai nevoie... pentru că acum trebuie să te relaxezi... E bine așa!

Te uiți acum din nou la ecranul din capul tău și vezi ce culoare și ce formă are starea ta bună, de liniște, de relaxare... de autocontrol... Atunci când ești calmă, liniștită așa cum ești acum, o să-ți fie mai ușor să vorbești cu mama sau cu tata..."

În astfel de cazuri, este absolut necesară cooperarea familiei care trebuie instruită în domeniul aplicațiilor hipnozei. Terapeutul va aplica o tehnică de relaxare sau autohipnoză și asupra părinților, pentru ca aceștia să știe în ce constă și să nu împiedice exercițiile pe care le face copilul acasă. Excepție fac subiecții sub 5 ani care nu pot lucra independent și care trebuie ghidați de părinți în aplicarea relaxării.

2.1. Tulburările fiziopatologice sau psihosomatice

Aceste afecțiuni, deși au o componentă fiziopatologică evidentă, includ în etiologia lor și o serie de factori de natură emoțională, de

stres. Așa cum am mai subliniat, aici pot fi incluse afecțiuni cum ar fi astmul bronșic, migrena, maladia ticurilor, sindromul colonului iritabil și altele. În aceste cazuri, învățarea relaxării și autohipnozei va conferi copilului un puternic sentiment de autocontrol.

Studiile au demonstrat faptul că în cazul copiilor cu astm bronșic care au practicat autohipnoza s-au înregistrat semnificativ mai puține absențe de la școală sau vizite la camera de gardă (Kohen, 1995b).

De asemenea, la copiii suferind de migrenă care au practicat tehnici de hipnoză s-a constatat o reducere a frecvenței intensității și duratei migrenei, comparativ cu lotul-martor (Olness, MacDonald și Uden, 1987).

Scenariul imaginativ administrat în stare de hipnoză va fi construit, ca și în alte cazuri, în funcție de preferințele copilului.

Astfel, o clientă de-a noastră în vârstă de 10 ani suferind de migrenă a desenat, la solicitarea terapeutului, durerea de cap sub forma unor cuțite și fierăstraie de culoare roșu aprins, portocaliu și negru, iar starea de sănătate a fost reprezentată sub forma unui peisaj care includea copaci, flori și un cer albastru cu nori mici și albi. Este evident că aceste imagini au fost utilizate ca material în timpul transei hipnotice

Studiu de caz

Valentin, un copil de 11 ani diagnosticat cu migrenă, a fost trimis de medicul neurolog pediatru la psihoterapie. Valentin era un copil de excepție, olimpic la matematică, dar în același timp sensibil și timid. Migrena a debutat în copilăria mică, atunci când a fost dus la grădiniță, iar tatăl a primit o misiune în afara țării.

Simptomele nu au cedat la niciun fel de medicamente, astfel încât medicul a renunțat să-i mai administreze ceva. Copilul avea atât dureri de cap obișnuite, cât și pusee de tip migrenos în cadrul cărora durerea apărea în zona frontală, adesea unilateral, cu fenomenul de fotofobie și sonofobie și cu fenomene vizuale pe care le descria ca pe niște dungi strălucitoare așa cum apar la calculator. Migrena dura aproximativ 2-3 ore, uneori chiar mai mult și era urmată de oboseală, senzație de vomă și inapetență. În cursul ultimelor două luni, mai ales în perioada de pregătire pentru un concurs internațional de matematică, durerile apăreau aproape zilnic și cel puțin un sfert dintre acestea îmbrăcau forma migrenei.

I-am cerut clientului (după modelul utilizat de Kohen, 2001, p. 319) să-și evalueze intensitatea durerii de cap pe o scală gradată (am utilizat o scală de la 0 la 10 puncte, și nu 0–12 cum propunea autorul, deoarece acest tip de punctaj ne duce cu gândul la notele școlare și este mai familiar pentru elevi). Valentin a apreciat durerea sa la nivel de 8–9, iar după administrarea unei fiole de algocalmin, aceasta scădea la 3, situație în care putea lucra exerciții de matematică. Obiectivul pe care și l-a propus copilul a fost reducerea durerii de cap până la 1 sau chiar dispariția acesteia.

Terapeutul l-a învățat să practice o tehnică de relaxare după modelul antrenamentului autogen Schultz, cu imaginerie dirijată în cadrul căreia să-și reprezinte o călătorie în locul său favorit, unde poate să se destindă în liniște. În același timp, i s-a sugerat faptul că deține un fel de riglă gradată pe care circulă un cursor pe care îl poate regla așa cum dorește, stabilind intensitatea durerii sale de cap.

Terapeutul i-a prezentat și o povestire despre un alt copil care a reușit să-și regleze singur durerile de cap:

„Am lucrat acum câteva luni cu un băiețel mai mic, de vreo 8 ani, care avea și el dureri de cap la fel ca tine. Băiețelul și-a închipuit că se afla într-un lift și atunci când îl dureau foarte tare capul era la etajul 6. Copilul apăsa pe buton și liftul cobora la etajul 5, apoi la 4 și apoi la 2. Atunci când a reușit să coboare liftul la parter, durerea de cap a dispărut complet”.

După aproximativ o lună de practică a relaxării și autohipnozei, Valentin a relatat că a reușit să-și reducă durerea de cap aproximativ după zece minute.

2.2. Combaterea durerii

Copiii care suferă de dureri acute sunt, poate, cei mai buni clienți pentru hipnoză, pentru că sunt extrem de motivați să se elibereze de starea lor negativă. Aflați într-o situație de urgență, sub influența unei dureri acute, copiii se găsesc deja într-o stare de hipnoză cu focalizare negativă asupra durerii, sângerării și a temerii că lucrurile vor sta și mai prost (Kohen, 1986; Olness și Kohen, 1996; Kuttner, 1997). Terapeutul va trebui să aleagă un limbaj adecvat pentru a aborda copilul, căutând să-i focalizeze atenția asupra unor lucruri pozitive și să-l atragă la colaborare.

Prezentăm mai jos un exemplu de astfel de instructaj (adaptat după Kohen, 2001, p. 320):

„Te doare tare, nu-i așa?... E bine că ai venit la doctor pentru că în curând o să te doară mai puțin... te afli aici la noi pentru a primi ajutor... Poate că ar fi mai bine să-ți îndrepti mintea către altceva, ce zici?... Închide ochii și caută undeva în capul tău un buton care te poate ajuta să-ți controlezi durerea... caută butonul care controlează durerea din piciorul tău... L-ai găsit?... ce culoare are? Cum arată?... acum apasă pe buton (dublu click) și observă faptul că te simți mai bine...”

Se pot introduce în continuare strategii cum ar fi relaxarea, disocierea imaginativă (clientul se deplasează cu ajutorul minții în locul său favorit), hipnoanestezia și/sau hipnoanalgezia (de pildă, i se poate sugera faptul că unge zonele dureroase cu un lichid răcoros, de culoare plăcută, înzestrat cu puteri deosebite pentru a-l face să se simtă mai bine) (Kohen și Olness, 1993; Olness și Kohen, 1996).

Pentru procedurile medicale dureroase (injecții, puncții, perfuzii etc.) este indicat să se lucreze înainte cu copilul în vederea realizării unei pregătiri pentru intervenție.

Există o multitudine de tehnici de analgezie hipnotică, dintre care Olness și Kohen (1996) au selectat câteva:

1. Sugerarea senzației de amorțeală în zona dureroasă, după modelul anesteziei suferite anterior de copil.
2. Modularea intensității durerii prin utilizarea unui buton imaginar de reglare a acesteia.
3. Distrugerea durerii prin „aruncarea ei în aer” și transformarea în fragmente foarte mici (Kuttner, 1986; 1988; 1997; 1999; Sugarman, 1997).
4. Imaginarea unei călătorii în corpul propriu pentru a instala bariere de protecție care să oprească semnalul dureros să ajungă la creier.

În cazul unor proceduri cu caracter recurent, în cadrul cărora amintirea procedurii anterioare poate crea clientului o puternică anxietate anticipatorie, este indicată inducția amneziei posthipnotice.

2.3. Reducerea anxietății

În tratamentul tracului de examen, de scenă, de performanță, copilului i se vor explica la început mecanismele fiziologice care însoțesc starea afectivă și apoi va învăța o tehnică de relaxare sau autohipnoză pentru a câștiga autocontrolul asupra stărilor sale.

Kohen (2001) a obținut rezultate foarte bune utilizând tehnica ecranului mental în cadrul căreia copilul își imaginează că stă acasă, re-

laxat și realizează cu succes activitatea pentru care avea trac: se vede pe sine răspunzând la examen, cântând la pian, dansând sau executând o lovitură reușită la tenis. Ulterior, aceste imagini pozitive vor fi transferate la locul în care trebuie să se desfășoare activitatea: amfiteatru, scenă, teren de sport etc.

Se pot utiliza, de asemenea, sugestii de întărire a Eului și tehnica progresiei în viitor, în cadrul căreia copilul se vede pe sine lăudat de profesor sau aplaudat de auditoriu. Fobiile și tulburările posttraumatice de stres necesită o abordare mai complexă, care să cuprindă și tehnici de sensibilizare sistematică.

Hipnoza poate fi utilizată și ca o strategie auxiliară în cazurile de anxietate de separare. Vor fi abordate simptomele depresiv-anxioase care apar la copiii separați de prieteni, care schimbă școala, domiciliul, sau la cei care se confruntă cu divorțul părinților sau cu reacțiile la doliu.

Se va utiliza o tehnică de autohipnoză cu imagerie dirijată, în cadrul căreia să fie reținute amintiri pozitive, regresia de vârstă cu reținerea experienței negative și apoi reetichetarea acesteia („Ai trecut cu bine prin această încercare a destinului”), precum și strategia „punții afective” pentru ca subiectul „să accepte” ideea de moarte.

2.4. Hipnoterapia în bolile cronice, de sistem și terminale

Studiile au evidențiat faptul că copiii suferind de cancer au învățat foarte repede să-și reducă senzația de greață și stările de vomă apărute în urma chimioterapiei (Zeltzer și Le Baron, 1982; Le Baron și Hilgard, 1984; Jacknow, Tschann, Link și Boyce, 1994).

În stadiile terminale ale bolilor grave, hipnoza va fi utilizată în combaterea durerii și pentru ajutarea pacientului și familiei sale să depășească aceste momente dureroase.

3. Intervenții hipnoterapeutice la copiii și adolescenții cu depresie

Kohen și Murray (2006) subliniază faptul că, până nu demult, nu au existat criterii de diagnostic al depresiei la copii și adolescenți, considerându-se că această categorie de subiecți nu era capabilă să trăiască o depresie în adevăratul sens al cuvântului. Tratamentul acestei

tulburări utilizează de regulă scheme potrivite pentru adulți, doar cu o oarecare ajustare a dozelor în conformitate cu vârsta.

Autorii menționați sunt de părere că depresia la copii și adolescenți rămâne în continuare o problemă controversată din următoarele motive:

- Există studii care susțin posibilitatea accentuării potențialului suicidal la copii și adolescenți în urma tratamentului cu antidepressive;
- Nu este suficient verificată eficiența acestei medicații la copii;
- Studiile epidemiologice pledează pentru creșterea rapidă a incidenței depresiei la copii și adolescenți;
- S-a constatat faptul că depresia la această categorie de subiecți reprezintă un factor de risc major pentru apariția depresiei, precum și a altor tulburări asociate, cum ar fi anxietatea, la populația adultă (Garber, Kriss, Koch și Lindholm, 1988; Harrington, Fudge, Rutter, Pickles și Hill, 1990; Kandel și Davies, 1986; Wolraich, 1996).

În Manualul Diagnostic și Statistic de Îngrijire Primară (DSM-PC, Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care), depresia infantilă este descrisă astfel (Wolraich, 1996, p. 153):

„Tristețea, irascibilitatea și pierderea interesului pentru activitățile care au fost până atunci considerate agreabile sunt considerate reacții firești față de dezamăgire, eșec sau pierdere. Acest tip de dispoziție reprezintă o problemă numai dacă persistă mai mult de câteva zile și cauzează copilului un disconfort intens sau interferează în mod negativ și semnificativ cu funcționarea acestuia în relațiile cu ceilalți, acasă la școală sau la joacă...”

Copiii și adolescenții pot să nu manifeste tristețe, ci dureri diverse, scăderea potențialului energetic, apatie, iritabilitate sau chiar anxietate”.

Depresia se deosebește de reacția de doliu, definită în manualul DSM-PC astfel:

„Doliul reprezintă o reacție intensă de durere morală care apare ca răspuns la o pierdere majoră (de pildă pierderea unui părinte) și este considerată o reacție normală care afectează dispoziția și somnul sau apetitul subiectului”. Atunci când aceste simptome depresive durează mai mult de două luni și se caracterizează printr-o deteriorare semnificativă a funcționării individului, preocupări morbide legate de inutilitate, lipsă de valoare sau ideatie suicidală, se poate pune diag-

nosticul de depresie majoră (Wolraich, 1996, p. 153). În cazul în care aceste simptome apar la un copil sau adolescent, acesta necesită tratament.

Simptomele frecvent asociate cu depresia sunt tristețea, apatia, pierderea sentimentului plăcerii, agitație, tulburări de somn, modificări ale apetitului, scăderea potențialului energetic, fatigabilitate, scăderea capacității de concentrare a atenției, stimă de sine scăzută, plâns facil, retragere socială și iritabilitate. Au fost evidențiați o serie de factori de risc pentru depresie, unii de natură biologică, alții sociali sau psihologici, acești factori putând influența atât debutul, cât și evoluția episoadelor depresive.

În cazul copiilor și adolescenților, cei mai frecvenți factori de risc sunt: existența unor părinți depresivi, o istorie semnificativă de depresie în familie, debut timpuriu al unei tulburări anxioase, alcoolism în familie, conflicte familiale, abuz de substanțe, pierderi semnificative în copilăria timpurie, deprinderi deficitare de a face față vieții, lipsa suportului social, ambiguități în ceea ce privește orientarea sexuală, precum și prezența unor episoade depresive în antecedente (Wolraich, 1996).

Studiile realizate în Statele Unite au evidențiat un procent de 2% depresie la copii și 4 până la 8% la adolescenți (Academia Americană de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului, 1998). De asemenea, s-a constatat că depresia majoră are o incidență de două ori mai mare la fete față de băieți (Emslie, Weinberg, Rush, Adams și Rintelmann, 1990).

Așa cum am mai subliniat, la copii semnele clasice ale depresiei pot să nu se manifeste în același mod ca la adulți, la aceștia apărând mai frecvent: simptome neurovegetative, dureri sau plângeri somatice diverse, cefalee cronică, dureri abdominale, lipsă de energie, hipersomnolență și dispoziție tristă.

Kohen și Murray (2006, p. 194) consideră că, din punct de vedere clinic, nu este atât de important să diagnosticăm cu exactitate de ce tip de depresie suferă copilul sau adolescentul, ci mai curând să-l ajutăm pe client să înțeleagă motivele pentru care se simte astfel (atribuirea unui sens), să se discute cu acesta expectațiile și motivațiile care l-ar determina să se simtă mai bine. Cel mai important lucru pare a fi investigarea potențialului energetic și a resurselor de care dispune subiectul pentru a se angaja în demersul terapeutic bazat pe hipnoză. Clinicianul este cel care va decide dacă este necesar

și administrarea unei medicații psihiatrice antidepresive sau anxiolitice.

Terapeutul care va aplica hipnoza la copii sau adolescenți trebuie să conștientizeze faptul că un copil, mai ales unul aflat în suferință, se află deja într-o stare hipnotică, focalizându-și atenția asupra unor obiective înguste ce vizează tocmai tristețea, pierderea, durerea, imaginea de sine scăzută sau inutilitatea existenței. Depresia îi determină să fie focalizați spre interior, absorbiți de reveria cu conținut negativ și mai puțin atenți la stimulii externi. Din acest motiv, este mai indicat ca terapeutul să-i abordeze vorbindu-le într-un limbaj de tip hipnotic, fără a utiliza o inducție hipnotică clasică a transei. Abordarea poate îmbrăca un caracter direct sau indirect, în funcție de nevoile copilului.

De asemenea, terapeutul trebuie să evalueze limbajul în care copilul își exprimă sentimentele, pentru a putea utiliza propriile sale cuvinte în construirea sugestiilor hipnotice. În cazul copiilor mai mici, se vor utiliza descrieri de tip dihotomic (de pildă copilul se desenează pe sine ca fiind trist și apoi terapeutul îi va cere să se deseneze vesel ca răspuns la propoziția „eu vreau să fiu...”). La copiii mai mari se poate lucra cu scale gradate pe care li se cere să-și evalueze starea (de exemplu 0 — nu mă doare capul deloc și 10 — mă doare capul foarte tare).

Să presupunem că un copil de 6-7 ani a desenat o figură tristă, colorată în tonuri închise pentru a descrie starea sa „atunci când eu sunt trist (supărat)...” și o figură veselă, viu colorată pentru afirmația „demult, când eu eram vesel”. Sugestiile hipnotice administrate vor îmbrăca următoarea formă:

„Închide ochii și imaginează-ți că te uiți în oglindă și vezi fața tristă pe care ai desenat-o atunci când te-ai supărat, necăjit... așa cum ai fost ieri. Fă-mi un semn cu capul atunci când ai reușit să vezi fața aceea... Acum imaginează-ți că ai în capul tău un buton care îl manevrezi și faci în așa fel, încât fața cea tristă să devină din ce în ce mai mică... tot mai mică... pând când nu o mai vezi deloc... Acum privește cu ochii minții și vezi cum apare în locul ei fața cea zâmbitoare... care se vede bine în oglindă și ea se face tot mai mare, tot mai mare... o vezi din ce în ce mai bine... fața cea zâmbitoare, fericită... este chiar în fața ta... E foarte plăcut să vezi cum fața cea zâmbitoare devine fața ta... și asta te face să te simți mult mai bine... mai mulțumit... mai fericit. E minunat, nu-i așa?...”

În cazul copiilor mai mari, capabili să sesizeze diferențe cantitative între diverse tipuri de stări sau simptome cum ar fi: „trist-vesel”, „nefericit-fericit”; „cu dureri de cap-fără dureri de cap” etc., instruc-tajul administrat poate fi de tipul următor:

„Stai comod pe fotoliu, închide ochii și lasă corpul foarte moale, relaxat, liniștit... Acum a sosit timpul să vezi cu ochii minții tale o scală gradată... ea poate fi desenată pe o tablă neagră... sau poate este pe masă... ca un fel de riglă... Observă dacă este desenată sau făcută din lemn sau din hârtie... observă ce culoare au cifrele care sunt scrise pe ea... vezi ce cifre sunt la dreapta și care sunt la stân-ga... poate au culori diferite... Și acum caută să-ți imaginezi că zero înseamnă că ești foarte vesel, binedispus, iar 10 că ești tare, tare trist și necăjit...”

De cele mai multe ori copilul va reacționa rapid spunând, de pil-dă, că rigla este din plastic, este verde, iar numerele sunt scrise cu negru și că astăzi se simte trist cam de șase, foarte trist, dar nu este chiar îngrozitor. În cazul în care terapeutul îi cere să mute tristețea la cifra cinci, de regulă copilul va afirma faptul că poate face acest lucru.

În continuare, se pot da subiecților instructaje diverse, lăsându-le posibilitatea de alegere:

„Nu știi cum vei proceda tu... un copil mai mic decât tine își ima-gina că se află într-un lift și atunci când se simțea trist cam de 8, apă-sa pe buton și își închipuia că liftul coboară la etajul șapte... Apoi la șase și mai jos. Jocul acesta i-a reușit așa de bine, încât reușea să ducă liftul chiar până la etajul doi și apoi la parter. Cu ajutorul liftului ima-ginar el a reușit să facă tristețea să dispară... să se ducă... să plece... pentru că el era stăpânul stărilor sale...”

Acestea pot îmbrăca și un caracter mai puțin directiv:

„Observă scala ta gradată și bucură-te o clipă de faptul că poți urca și coborî pe ea atunci când vrei tu... fă un semn cu capul atunci când ai reușit să-ți cobori tristețea la cifra pe care ți-ai ales-o pentru azi...”

O altă strategie importantă ce poate fi aplicată în stare de hipnoză este aceea a întăririi Eului, deoarece conduce la dezvoltarea încrede-rii în sine, a sentimentului de competență personală, dezvoltă o ima-gine de sine pozitivă a clientului, conferindu-i în același timp și sen-timentul că se poate baza pe propriile forțe.

Brown și Fromm (1986, pp. 194-195) au identificat trei tipuri de su-gestii de întărire a Eului:

- Sugestii cu caracter general;
- Sugestii specifice menite să identifice și să întărească strategiile adaptative interioare ale subiectului;
- Sugestii specifice menite să dezvolte sentimentul de autoeficiență.

Informațiile necesare construirii acestor sugestii pot fi obținute adresând copilului sau adolescentului întrebări de tipul următor:

„Ce știi tu să faci mai bine?”, „La ce anume ești mai bun(ă) la școa-lă, acasă sau atunci când te joci?”, „Ce anume îi face pe părinții sau bu-nicii tăi să fie mândri de tine?”, „Ce anume va fi diferit atunci când pro-blema ta (tristețea, durerea de cap, de stomac a dispărut?” etc. Acest tip de întrebări furnizează date referitoare la expectațiile, dorințele, obiec-tivele clientului, date ce vor servi ca material pentru imageria orientată spre viitor. Ele includ în același timp și sugestii implicite referitoare la faptul că lucrurile se vor ameliora și problema va fi rezolvată.

Tehnica imageriei orientate spre viitor

Va utiliza metafora ecranului de televizor sau calculator (copiii sunt familiarizați cu aceste aparate). Clientului i se cere să se vizualizeze pe un ecran imaginar așa „cum sunt acum”, iar pe alt ecran să formeze ima-ginea așa cum doresc să fie peste o zi, o săptămână, o lună sau un an. Su-gestiile administrate pot îmbrăca forma următoare: „Caută să vezi ima-ginea ta neplăcută tot mai estompată, tot mai întunecată, tot mai mică și complet întunecată, în timp ce imaginea ta dorită (așa cum ai vrea să fii) devine tot mai clară, mai mare, tot mai strălucitoare...”

Se poate sugera și faptul că un personaj imaginar intră în cadru și ia imaginea negativă, lăsând doar ecranul cu imaginea dezirabilă.

Prezentăm mai jos un exemplu de *sugestii administrate pentru for-marea și întărirea imaginii de sine pozitive, dezirabile (după Kohen și Murray, 2006, p. 198)*:

„... Privește cu ochii minții ecranul din fața ta în care te vezi pe tine așa cum dorești să fii... observi ce anume faci pentru a te simți atât de bine, atât de vesel... Observi cum devii tot mai mulțumit, tot mai fericit... tot mai stăpân pe tine... cu tot mai multă încredere în forțele tale... Eu nu știu exact câți ani ai acum... dar tu poți să-ți dai seama pentru că în colțul din dreapta se află un calendar... eu nu știu ce zi este... poate joi... sau poate vineri... sau poate sâmbătă... eu nu știu ce lună este... poate iulie sau poate august... ești în vacanță... observă-te pe tine cu atenție... și pe măsură ce te observi tot mai atent, chiar devii așa cum vrei să devii...”

În terapia depresiei la copii și adolescenți este utilă și tehnica „punții afective”, prin intermediul căreia se induce hipnoza și se realizează regresia de vârstă până la o perioadă în care clientul s-a simțit mulțumit și fericit. Acesta va fi dirijat să re trăiască amintirile plăcute cu lux de amănunte și apoi să se întoarcă înapoi în prezent, aducând cu sine stările afective pozitive care au însoțit acele imagini. Imageria dirijată spre viitor sau tehnica progresiei de vârstă dă rezultate foarte bune și dacă se utilizează metafora „oglinzii magice” în care copilul se vede pe sine în viitor.

Studiu de caz

Marina, o adolescentă în vârstă de 16 ani, a fost trimisă la psihoterapie pentru cefalee cronică, după ce a făcut tot felul de investigații medicale, inclusiv neurologice. Niciuna dintre investigații nu a pus în evidență vreo cauză organică. Durerile de cap au debutat după ce clienta a intrat la un liceu de elită din Capitală și s-a despărțit de grupul de prieteni din cartier.

Interogată fiind când au debutat durerile de cap, Marina a spus că în urmă cu aproximativ șase luni, toamna, în noiembrie, după ce a luat mai multe note slabe la matematică și fizică (clienta fusese premiantă în școala generală). Cam în aceeași perioadă a decedat și tatăl ei în urma unui infarct. Durerile de cap odată instalate, se declanșau zilnic și nu cedau la niciun fel de tratament. Pe o scală gradată de la 0 la 10, clienta și-a plasat durerea la 10 (maximum), comparativ cu durerile de cap accidentale pe care le-a avut înainte. Întrebată de terapeut cum se simte atunci când are durerile de cap, Marina a răspuns „tristă și disperată”, în loc să spună, cum ne-am fi așteptat, că se simte rău din punct de vedere fizic.

Marina a descris două tipuri de dureri de cap: una care apărea zilnic și se manifesta ca un fel de tensiune („parcă am capul prins într-o menghină”), iar cealaltă era de tip migrenos și apărea cam o dată pe lună, dura mai mult, era mai puternică și însoțită de stări de vomă și imposibilitatea de a se ridica din pat. Clienta a relatat faptul că primul puseu de migrenă s-a instalat imediat după moartea tatălui ei, despre care ea a refuzat să discute, iar ochii i s-au umplut de lacrimi. Terapeutul i-a cerut să țină un jurnal în care să monitorizeze durerile de cap, notându-le pe scala gradată de la 0 la 10. I-au fost administrate, de asemenea, și unele sugestii indirecte: „Lași durerea de cap la mine în cabinet” sau „Nu mai ai nevoie de durerea ta de cap”. Ipote-

za terapeutului a fost aceea că durerea de cap reprezintă un fenomen de somatizare a unei depresii de doliu nerezolvate.

Interviul clinic a evidențiat și faptul că Marina mai avusese episoade de depresie ușoară în timpul bolii tatălui, de care era foarte atașată. De asemenea, în ultimii trei ani decedaseră doi bunici și o bunică cu care Marina avusese relații apropiate. În cursul celei de-a doua întâlniri cu terapeutul acesta a întrebat-o despre ce ar dori să vorbească, Marina povestind cu lacrimi în ochi despre multele decese din familia ei:

„Unchiul Gelu a murit când aveam 10 ani, el a avut diabet și s-a dus la numai 35 de ani... Bunicul din partea mamei a murit și el acum doi ani... înainte a fost foarte bolnav...”

La un moment dat în timpul discuției Marina a izbucnit în plâns și a povestit cum a murit tatăl ei: „L-am dus la spital... l-am văzut ultima dată... era foarte palid, slăbit... nici nu m-a recunoscut... la un moment dat, nu mai putea să respire și l-am dus la terapie intensivă... a fost conectat la aparate timp de aproape 10 zile, după care medicii au spus că este în moarte cerebrală și au cerut permisiunea să fie deconectat... după asta a murit... eu eram la școală când m-au anunțat... (Plânge)...”

Terapeutul a întrebat-o pe Marina dacă ea crede că durerea de cap are legătură cu moartea tatălui, aceasta răspunzând spontan: „Bine-înțeles că are”. În continuare, terapeutul i-a explicat faptul că uneori durerea și suferința sufletească nu ies la iveală în formă obișnuită, ci se transformă în dureri de stomac, senzații neplăcute în zona inimii sau chiar dureri de cap. I s-a sugerat apoi ideea că ea este șefa durerii de cap, nu aceasta o conduce pe ea și că Marina este cea care poate conduce singură și tristețea ei de doliu. Terapeutul i-a explicat și faptul că este bine să plângă, pentru că atunci când plânge sau vorbește despre lucrurile care o dor, sentimentele ies la suprafață și nu se mai manifestă ca dureri de cap, de stomac sau alte suferințe fizice. În timpul discuțiilor terapeutice, clienta s-a aflat aproape tot timpul într-un fel de transă spontană.

În cursul celei de a treia ședințe de terapie, Marina a învățat o tehnică simplă de relaxare și i s-a explicat faptul că hipnoza nu este altceva decât o relaxare mai profundă pe care va învăța să și-o inducă singură. I s-a spus că orice hipnoză este de fapt o autohipnoză. În timpul ședinței de hipnoză, terapeutul i-a cerut Marinei să precizeze ce culoare are durerea ei de cap și ce culoare are starea când nu o doare

capul. Marina a afirmat că durerea de cap are culoare roșie, iar starea de bine, culoarea albă.

Prezentăm în rândurile următoare un fragment din cadrul dialogului terapeutic desfășurat în stare de hipnoză:

Terapeutul: Ești foarte relaxată, calmă, liniștită, destinsă. Imaginează-ți o riglă gradată pe care poți să măsoară cât de puternică este durerea ta de cap. Poți să mi-o descrii?

Marina: Este o riglă de plastic, albastră.

T: Cum sunt cifrele?

M: Sunt scrise cu negru...

T: Observă la ce număr se află durerea ta de cap... poți să-ți imaginezi un cursor sau un beculeț...

M: Este cam pe la cifra 6.

T: Crezi că o poți coborî mai jos?

M: Da.

T: Nu știu cum vei face asta... un copil cu care am lucrat și care avea dureri de cap la fel ca tine își imagina că se află într-un lift... dacă se afla la etajul 8, durerea de cap era cam de 8. Copilul își imagina că apasă pe un buton și liftul coboară la etajul 6, apoi la 5, la 3 și mai jos... la parter... El ieșea din lift fără durerea de cap... Nu știu cum vei proceda tu, dar sigur vei reuși...

Clienta a primit sarcina să practice acest exercițiu și acasă, de două ori pe zi, timp de câte 15–20 de minute și să noteze rezultatele obținute într-un jurnal. Clienta a relatat faptul că se relaxează „plimbându-se pe plajă la mare”. După două săptămâni de practică, intensitatea durerilor de cap s-a redus de la 9 la 4.

În cursul următoarelor ședințe de hipnoză, au fost administrate și alte sugestii specifice și de întărire a Eului:

„Tensiunea din zona capului tău se transformă într-o bilă de culoare roșie, pe care o iei cu mâna și o arunci departe... bila se rostogolește la vale de pe un deal, devine tot mai mică... culoarea devine roz... apoi albă... până când dispare în depărtare... Ești puternică, stăpână pe tine, mândră de ceea ce ai reușit să faci pentru tine... mândră de faptul că ți-ai oferit darul imaginației care te-a făcut să fii stăpână trupului și minții tale...”

După două luni de terapie, Marina a relatat faptul că durerile de cap au dispărut complet. Clienta a fost văzută de terapeut după șase luni în care nici durerile de cap, nici depresia nu s-au mai manifestat deloc.

Kohen și Murray (2006) sunt de părere că singurele contraindicații în utilizarea hipnozei la copii și adolescenți sunt cazurile în care părinții interferează în mod negativ cu terapeutul sau nu sunt de acord cu aplicarea hipnozei, sau atunci când nu se stabilește alianța psihoterapeutică.

XVII
XVII
În loc de încheiere:
În loc de încheiere:
panelul aplicatilor hipnozei clinice
panelul aplicatiilor hipnozei clinice

Yapko (1995) este de părere că hipnoza poate fi utilizată în terapia sau optimizarea unei situații umane în care atitudinile subiectului joacă un anumit rol.

1. Hipnoza medicală
1. Hipnoza medicală

Hipnoza reprezintă un demers auxiliar în tratamentul a numeroase afecțiuni somatice, din următoarele rațiuni:

- datorită relației dintre psihic și somatic, precum și posibilității unei intervenții asupra laturii emoționale și atitudinale a subiectului;
- în psihoterapie accentul pe responsabilitatea subiectului în legătură cu starea sa de sănătate, practicarea acesteia oferindu-i un anumit sentiment de autocontrol asupra experiențelor sale interne (Brown și Fennell, 1988, p. 108).

Aplicaciones de Internet (Brown y Fromm, 1987; Brown, 1992).

Aphasiile hipnozei în domeniul medical sunt foarte variate și vizază pierderea autocontrolului asupra unor procese fiziologice.

(Bell et al., 2002) am în vedere ce urmează indicațiile hipnozei în medicină

(Bellet, 2002a, p. 227):

Nevroze psihice: migrene, cefalee, insomnii, ficuri, anxietate, tulburări depresive ușoare (nevroze), cefalee, insomnii, ficuri, anxietate, tulburări de respirație ușoare (nevroze), fobii, tulburări obsesiv-compulsive, atacuri de panică, nevroze traumatiche, anorexie, bulimie, alcoolism (intoxicare), tulburări de comportament (agresivitate), tulburări de memorie, tulburări datorate stresului.

Psihoterapie (consiliere psihologică): probleme familiale, neadaptări la locul de muncă, reacții de doliu, anxietate, trac de examene.

Combaterea durerii acute și cronice: arsuri, dureri la nivelul membrului fantomă, nevralgii etc.

Anestezie; intervenții chirurgicale și tratamente stomatologice.

8
Anestezie, intervenții chirurgicale și tratamente stomatologice.

Patologie cardiovasculară: componentele psihologice din cadrul tulburărilor de ritm cardiac, hipertensiune esențială.

Dermatologie: eczeme, zona zoster, psoriazis, peladă, prurit.

Dermatologie: eczemă, zona zoster, psoriazis, peladă, prurit.

ORL: vertij, acufene, disfonii, tuse spasmodică.

Angrați respiratori: bronșită astmatiformă, astm bronșic.

Aparat respirator: bronșita astmatiformă, astm bronșic.

Aparat locomotor: recuperare în cazuri de hemiplegii, traumatisme craniocerebrale, combaterea durerii în cazul afecțiunilor traumatice

Obstetrică-ginecologie: psihoterapie în tratamentul sterilității, pregătire pentru naștere.

Sexologie: frigiditate, dispareunie (act sexual dureros), impotență, ejaculare precoce, tulburări ale libidoului.

Pediatrie: astm la copil, tulburări de somn, afecțiuni dermatologice, enurezis.

Gastroenterologie: ulcer gastrointestinal, componentele psihologice ale tulburărilor de tranzit intestinal, colite, rectocolite hemoragice, maldacia Crohn.

Terapia fumatului

Psihologie sportivă: pregătire și asistență psihologică pentru competiții.

Urgente medicale (traumatologie).

Îngrijiri paliative: pacienți cu afecțiuni grave, în stadiu final.

Poate una dintre cele mai importante aplicații ale studiilor de reducere sau eliminarea durerii în absența medicamentelor (Spanos, 1989; Chavez, 1993).

De asemenea, hipnoza poate fi utilizată în prevenirea și managementul stresului, de unde rezultă utilitatea ei în tratamentul unor afecțiuni psihosomatice: hipertensiune arterială, ulcer, gastrite, colite, astm bronsic etc.

Hipnoza și-a dovedit utilitatea și în întărirea mecanismelor imunologice de apărare ale organismului, de aici decurgând posibilitatea utilizării ei în bolile grave cum ar fi cancerul sau SIDA. În aceste cazuri, studiile clinice au evidențiat o evoluție mult mai bună a pacienților la care hipnoza a fost utilizată împreună cu tratamentul de specialitate.

Hipnoza poate fi folosită și în accelerarea și optimizarea proceselor de vindecare sau recuperare după îmbolnăvire sau accident.

Yapko (1995) atrage atenția asupra faptului că hipnoza nu trebuie să se substituie tratamentelor medicale; ei se recomandă în completarea acestora.

În stomatologie, hipnoza poate fi aplicată pentru reducerea anxietății legate de tratamentele respective, pentru atenuarea sau înlăturarea durerii (analgezie sau anestezie), precum și pentru sugerarea scăderii aflixului de sânge în zona unde se lucrează (se evită hemoragiile).

De asemenea, se poate sugera și accelerarea procesului de vindecare după intervenția stomatologică.

2. Alte domenii de aplicare a hipnozei

2.1. Injustiție

Problema mărturiei sub hipnoză este controversată, marea majoritate a autorilor fiind de părere că informațiile obținute pe această cale pot fi modificate, fie datorită faptului că subiectul umple golurile minze cu elemente ce țin de imaginație, fie datorită caracterului sugestiv al unor întrebări care pot induce anumite tipuri de răspunsuri.

2.2. Educație

Indiferent dacă se predă la prescolari sau la doctoranzi, o tehnică eficientă de predare conține numeroase elemente asemănătoare cu hipnoza: relaxare, utilizarea imaginației dirijate, captarea și concentrarea atenției etc.

Hipnoza și autohipnoza pot fi utilizate și în mod deliberat pentru a reduce anxietatea legată de examene, pentru creșterea capacității de concentrare a atenției sau pentru o mai eficientă organizare a materialului care trebuie învățat.

2.3. Afaceri

În lumea afacerilor, inducția clasică a hipnozei este mai puțin utilizată, în schimb se pot aplica tehnici sugestive de influențare a comportamentului.

Așa cum am mai subliniat, Yapko (1995) definea hipnoza ca fiind un proces de comunicare eficientă și, din această perspectivă, devine evident faptul că omul de afaceri care este convingător, flexibil și creativ va avea mai mult succes. Comunicarea eficientă de tip sugestiv poate fi utilizată în prezentarea unor planuri de marketing, în abordarea unor subordonați sau șefi dificili, în realizarea unor interviuri, evaluări, în clarificarea unor așteptări profesionale sau în crearea unui climat profesional pozitiv.

Trebuie subliniat faptul că în lumea afacerilor influențarea și manipularea au loc oricum, problema fiind însă în ce măsură modelele de comunicare existente influențează participanții în direcția dorită (Korn, Pratt și Lambron, 1987; Alman și Lambron, 1992).

2.4. Sport

Sportul de înaltă performanță presupune un autocontrol al stărilor psihice și fizice, precum și o bună capacitate de concentrare a atenției, obiective ce pot fi atinse cu ajutorul hipnozei.

De asemenea, hipnoza și autohipnoza pot contribui la reducerea tracului competițional, a lipsei de încredere în sine, la construirea unor așteptări pozitive în raport cu competiția, precum și la optimizarea dialogului interior al sportivului cu sine însuși. Adesea, sportivii care nu au suficientă încredere în ei au o imaginație vizuală negativă care conduce la eșec și care poate fi modificată sub hipnoză și autohipnoză. Desigur, hipnoza nu modifică aptitudinile și deprinderile sportivilor, dar îi poate ajuta să le valorifice la maximum pe cele existente.

3. Hipnoza și psihoterapia

Orice tehnică psihoterapeutică are menirea să-l ajute pe individul perturbat în așa fel, încât acesta să se simtă mai bine.

Yapko (1995) este de părere că hipnoza nu reprezintă o psihoterapie prin ea însăși, ci un instrument în cadrul unei tehnici terapeutice, rolul său constând în accesarea unor resurse din inconștientul subiectului.

Hipnoza poate contribui la reducerea sau dispariția simptomelor în cadrul psihoterapiei centrate pe simptom, la rezolvarea unor conflicte intrapsihice, precum și la actualizarea unor disponibilități psihice latente.

Bibliografie selectivă

1. Alladin, Assen, „Experiential cognitive hypnotherapy: Strategies for relapse prevention in depression” In *Hypnosis and Treating Depression, Application in Clinical Practice*, Yapko D. Michael, Routledge, Taylor & Francis Group, New York-London, 2006.
2. Austin, Valerie. *Self-Hypnosis*, Thorsens, San Francisco, California, 1994.
3. Baker, L.; Elgan and Nash, R.; Michael, „Psychoanalytic approaches to clinical hypnosis”, p. 439, In *The Oxford Handbook of Hypnosis*, Oxford University Press., Nash, R.; Michael, Barnier J.; Amanda, Oxford University Press, 2008.
4. Bandler R.; *Using Your Brain for a Change*, Steve Andreas and Connirae Andreas (eds.), Moab Utah, 1985.
5. Bandler, R.; Grinder, J.; *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton, H. Erickson*, vol. I., Metapublications Cupertino, California, 1975.
6. Barber, Th.X.; Spanos, N.; Chaves, J.V. *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities*, Perga Press, Inc., New York, Toronto, Frankfurt, 1980.
7. Barber Joseph, „Reclaiming the cognitive unconscious: integrating hypnotic methods and cognitive-behavioral therapy”, p. 457, In *The Oxford Handbook of Hypno-*